Rok LI. Kraków, dnia 6. stycznia 1911. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nowy okres pracy rozpoczynamy z temisamemi hasłami i celami, które wytknęli »Przeglądowi lekarskiemu« jego założyciele przed laty pięćdziesięciu.

Postęp nauk lekarskich szedł przez te lat pięćdziesiąt krokiem olbrzymim. I u nas nastąpił taki rozwój medycyny, o jakim przed pół wiekiem może nawet nie marzono, a przynajmniej nie spodziewano się go tak rychło. Ale warunki pracy, wówczas prawie równe we wszystkich ogniskach naszego ruchu umysłowego, dzisiaj różnią się w nich bardzo. Nasza twórczość naukowa walczyć dziś musi w dwu dzielnicach z coraz większemi przeszkodami. Działa na nas coraz więcej wpływów rozbieżnych. Skupić działanie nasze w jeden ożywczy a silny prąd, utrzymać polską pracę naukową w rodzimem wspólnem łożysku — coraz trudniej.

Czasopismom lekarskim polskim przybywa stąd nowe, coraz ważniejsze i większe zadanie, być łącznikiem, być przeciwwagą tego sztucznego rozdziału.

W bratnim z niemi szeregu pójdziemy i to zadanie wypełnić.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Z dziedziny badań nad rakiem.

Podał

Prym. Dr A. Krokiewicz.

Część I.

Krew chorych na raka żołądka okazuje w pewnym okresie rozwoju sprawy chorobowej już przy oglądaniu gołem okiem własności odmienne, jak w stosunkach prawidłowych u zdrowego człowieka, gdyż jest bardziej krzepliwa, zawiera większą ilość surowicy i jest bledsza. Nie ulega też wątpliwości, iż ten odmienny wygląd krwi jest skutkiem pewnych nieprawidłowości zarówno w samych krwinkach czerwonych, jak i w surowicy, które to nieprawidłowości powstają pod wpływem zatruwania się ustroju istotami wydzielanemi z komórek nowotworowych. W miarę nagromadzania się coraz większej ilości szkodliwych przetworów wydzielniczych komórek rakowych w ustroju i wytwarzania się coraz to większego charłactwa ogólnego, skład krwi, a tem samem krwinki czerwone i surowica ulegają coraz to większej zmianie.

Śledzenie własności krwinek czerwonych i surowicy krwi chorych na raka żołądka stanowi myśl przewodnią niniejszej pracy. W tym celu badałem krew 23 chorych na raka żołądka. U wszystkich spostrzegano znaczne ogólne charłactwo i właściwe zachowanie się treści żołądkowej; w 18 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne. W 21 przypadkach ilość hemoglobiny wahała się między 20—55° (Sahli), średnio 35° (Sahli); ilość krwinek białych wynosiła 8—$9^1/_2$ mil; ilość krwinek czerwonych wahała się między $1^1/_2$—3 mil., średnio $2^1/_2$ mil. w 1 cm. W dwóch tylko przypadkach, gdzie obok zmian nowotworowych w żołądku znajdowały się bardzo liczne przerzuty na otrzewnej i w gruczołach chłonnych otrzewnych, obraz hematologiczny, pomimo ogólnego znacznego charłactwa, zachowywał się odmiennie, gdyż ilość hemoglobiny wynosiła 70 i 92° (Sahli), a ilość krwinek czerwonych 5 i $5^1/_2$ mil. Pod drobnowidem w świeżych preparatach krwinki czerwone układały się zawsze w ruloniki, okazywały nieznaczną poikilocytozę i były bledsze. Krew zawsze bardziej krzepliwa, zawierała dużo surowicy, a krwinki czerwone skupiały się silniej w osadzie, niż w warunkach prawidłowych. Badania wykonywano niejednokrotnie na 2 i 10 dni przed śmiercią.

Krwinki czerwone i surowicę przygotowywano do doświadczeń w następujący sposób:

Krew utoczoną wśród ostrożności aseptycznych przez nakłucie żyły środkowej — po odwłóknieniu i odwirowaniu — pozostawiano w jednej połowie najpierw przez 6 godzin w cieplarce przy 37° C, a następnie przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej, a w drugiej połowie przez 24 godzin bez przerwy w cieplarce (37° C). Po 24-godzinnem odstaniu oddzielano surowicę od osadu krwinek czerwo-

nych i uzyskiwano naówczas krwinki czerwone nieopłukane i surowicę. Aby zaś otrzymać i krwinki czerwone opłukane, bez śladów domieszki surowicy, oddzielano już po 6-godzinnem odstaniu krwi w cieplarce surowicę od osadu i wypłukiwano dwukrotnie osad krwinek czerwonych przy pomocy wirownicy rozczynem fizyologicznym (0·85%) NaCl, pozostawiając nadal osad tychże krwinek czerwonych przez 18 godzin w rozczynie soli w ciepłocie pokojowej.

Następnie poddawano zawsze przez 24 godzin (a niekiedy i dłużej) w ciepłocie 37° C krwinki czerwone opłukane i nieopłukane działaniu: 1) czystej surowicy równoimiennej rakowej, t. j. otrzymanej z tego samego osobnika, 2) surowicy równoimiennej rakowej w 4 cm^3 rozczynu fizyologicznego NaCl (0·85%), 3) kropli perhydrolu 3% w 4 cm^3 rozczynu fizyologicznego NaCl, 4) odczynnika Uffelmanna w 4 cm^3 rozczynu fizyologicznego NaCl, 5) odczynnika Uffelmanna, perhydrolu, surowicy równoimiennej w 4 cm^3 rozczynu fizyologicznego NaCl, a wreszcie 6) badano zachowanie się krwinek czerwonych, normalnych, opłukanych i nieopłukanych, wobec zadziałania równoczesnego odczynnika Uffelmanna, perhydrolu i surowicy rakowej w 4 cm^3 rozczynu fizyologicznego NaCl. Nadmienić należy, iż wskazanem jest używać zawsze świeżego rozczynu perhydrolu i odczynnika Uffelmanna (Odczynnik Uffelmanna: 1 kropla 10% ferri sesquichlorati + 10 rozczynu 1% wody karbolowej; rozczyn 3% perhydrolu: 4 krople perhydrolu Mercka + 36 kropli wody przekroplonej).

Poszczególne doświadczenia przedstawiają się następująco:

a) Krew poprzednio odwłókniona i odwirowaną pozostawiono w jednej części w cieplarce przez 6 godzin w ciepłocie 37° C i następnie przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej α), a w drugiej części bez przerwy w cieplarce w ciepłocie 30° C. przez 24 godz. β), poczem kroplę krwinek czerwonych, zebranych zapomocą pipety z dna wirownicy, rozcieńczano w różnym stosunku czystą surowicą równoimienną rakową i wstawiano do cieplarki na 24 godzin. Naówczas zauważono.

Rozcieńczenie $^1/_{10}$ (t. j. 1 kropla krwinek + 10 kropli surowicy).

α) Badano 4 przypadki. Pod drobnowidem dwa razy widoczne grudki zlepionych lub skupionych krwinek czerwonych; raz liczne ruloniki krwinek czerwonych; raz zupełna hemoliza.

β) Gdy zaś krew poprzednio pozostawała w cieplarce przez 24 godzin, stwierdzano zawsze znaczną hemolizę obok nielicznych utrzymanych okrągłych i nieznacznie napęczniałych krwinek czerwonych.

Rozcieńczenie $^1/_{20}$ (1 kropla krwinek + 20 kropli surowicy).

α) Badano 4 przypadki pod drobnowidem: 3 razy liczne ruloniki, raz skąpe grudki krwinek skupionych obok dość licznych poikilocytów (więcej niż we krwi świeżej).

β) Po poprzedniem 24-godzinnem pozostawieniu w cieplarce w 3 przypadkach (badano tylko 3 przypadki) obraz różny, gdyż, a) raz przeważały liczne ruloniki krwinek czerwonych, b) drugi raz znajdowały się krwinki odosobnione, okrągłe, nieznacznie napęczniałe, c) trzeci raz wystąpiła znaczna hemoliza, a krwinki czerwone dość licznie nagromadzone, okrągłe, nieznacznie napęczniałe.

Rozcieńczenie $^1/_{30}$ (1 kropla krwinek + 30 kropli surowicy).

α) Badano 3 przypadki pod drobnowidem: raz bardzo liczne ruloniki obok skąpych napęczniałych i prawidłowych odosobnionych krwinek czerwonych i nieznaczna poikilocytoza.

β) Po poprzedniem 24-godzinnem pozostawieniu w cieplarce krwinki prawie niezmienione w porównaniu z krwią świeżą, tylko są odosobnione, nie układają się w ruloniki (drobne, okrągłe, kolczaste, skąpe poikilocyty, nieznacznie miejscami napęczniałe).

Rozcieńczenie $^1/_{40}$ i $^1/_{50}$ (1 kropla krwinek + 40 i + 50 kropli surowicy).

Obraz drobnowidowy zawsze ten sam (α i β); krwinki odosobnione, kolczaste, okrągłe, tu i owdzie napęczniałe, prawidłowej wielkości obok skąpych poikilocytów; wogóle bledsze.

Rozcieńczenie $^1/_{60}$, $^1/_{80}$, $^1/_{90}$, $^1/_{100}$, $^1/_{130}$ (1 kropla krwinek + 60, 80, 90, 100, 130 kropli surowicy).

α) Liczne ruloniki krwinek czerwonych; poikilocytoza.

β) Po poprzedniem 24-godzinnem pozostawieniu w cieplarce: krwinki odosobnione, w ilości zmniejszonej, o prawidłowej postaci.

Pozostawiając przez 6 dni w cieplarce rozcieńczenia $^1/_{20}$—$^1/_{50}$ (w przypadkach, gdzie krew poprzednio już 24-godzin pozostawała w cieplarce) zauważono tylko liczebne zmniejszenie się krwinek czerwonych, przyczem ich kształt nie ulega zmianie wybitniejszej, podczas gdy krew po poprzedniem pozostawieniu jej na 6 godzin w cieplarce, a następnie na 18 godzin w ciepłocie pokojowej, ulegała już po 3 dniach działania 37° C. w rozcieńczeniach $^1/_{10}$, $^1/_{20}$, $^1/_{100}$ zupełnej hemolizie.

Różnica w przyrządzaniu krwi do doświadczeń nie jest obojętną. Odmienny bowiem wynik otrzymaliśmy zależnie od okoliczności, czy krew poprzednio pozostawała pod działaniem ciepłoty 37° C. przez 6 godzin, a następnie w ciepłocie pokojowej przez 18 godzin, czy też bez przerwy przez 24 godzin w ciepłocie 37° C. W pierwszym przypadku można było stwierdzić, iż słabsze rozcieńczenia kropli krwinek równoimienną surowicą rakową wywołują przeważnie stan skupienia się krwinek czerwonych w grudki (niekiedy i zlepianie się), a rzadko hemolizę, podczas gdy silniejsze rozcieńczenia $^1/_{40}$—$^1/_{50}$ wywołują ich odosobnienie, a znaczne rozcieńczenia $^1/_{60}$, $^1/_{80}$, $^1/_{90}$, $^1/_{100}$, $^1/_{130}$ wytwarzają obraz zbliżony do prawidłowego, t. j. układanie się krwinek czerwonych w ruloniki. Hemoliza występuje w słabszych rozcieńczeniach ($^1/_{10}$); w silniejszych i silnych rozcieńczeniach surowicą równoimienną nie stwierdzono hemolizy, tylko krwinki czerwone jakby co do ilości zmniejszone. Również przy silnych rozcieńczeniach ($^1/_{60}$—$^1/_{130}$) zauważono poikilocytozę, podczas gdy w słabszych rozcieńczeniach ($^1/_{10}$—$^1/_{50}$) krwinki czerwone miały przeważnie postać prawidłową i były miejscami nieznacznie tylko napęczniałe. Natomiast skoro odpowiednie rozcieńczenia krwinek czerwonych surowicą wstawiono na 3 dni do cieplarki (37° C.), występowała zawsze hemoliza, niezależnie od rozcieńczenia, (a więc przy rozcieńczeniu: $^2/_{10}$, $^1/_{20}$, $^1/_{100}$).

Inaczej rzecz się miała w drugim szeregu doświadczeń, gdzie krew poprzednio pozostawała bez przerwy w ciepłocie 37° C. przez 24 godzin. Naówczas w słabych rozcieńczeniach już po 24-godzinnem zadziałaniu 37° C. stwierdzono znaczniejszą hemolizę, podczas gdy w miarę silniejszych rozcieńczeń $^1/_{30}$, $^1/_{40}$, $^1/_{50}$ i t. d.... $^1/_{130}$ krwinki czerwony były zawsze odosobnione, nie okazywały skłonności do skupiania się, a względnie układania w ruloniki, przyczem kształt ich nie ulegał zmianie wybitniejszej, nawet

skoro następnie przez 6 dni pozostawiono pod działaniem 37° C. w cieplarce krwinki w rozcieńczeniach $^1/_{20}$—$^1/_{50}$.

b) Krew odwłóknioną i odwirowaną pozostawiano w jednej części najpierw przez 6 godzin w cieplarce (37° C.), a potem przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej α); w drugiej zaś części w cieplarce bez przerwy przez 24 godzin β). Następnie kroplę krwinek czerwonych, zebraną z dna osadu zapomocą pipety, rozcieńczano 4 cm³ rozczynu fizyologicznego (0·85%) NaCl i dodawano w różnym stosunku surowicę równoimienną rakową. Po 24-godzinnem zadziałaniu w cieplarce ciepłoty 37° C. rzecz przedstawiała się następująco:

Rozcieńczenie $^1/_2$, $^1/_4$, $^1/_8$, $^1/_{10}$ (t. j. 1 kropla krwinek czerwonych + 2, 4, 8, 10 kropli surowicy).

Badano 13 przypadków. Brak jakiegokolwiek strątu makroskopowo lub mikroskopowo. Krwinki czerwone odosobnione, nie układają się w ruloniki, ani nie skupiają się w grudki; są przeważnie gwiazdkowate, drobno okrągłe i w skąpej ilości nieznacznie napęczniałe.

Rozcieńczenie $^1/_{16}$ (t. j. 1 kropla krwinek + 16 kropli surowicy).

Badano 13 przypadków; wykonano 17 razy odczyn. Również ani makroskopowo, ani mikroskopowo nie stwierdzono skupiania się krwinek czerwonych. Pod drobnowidem w 64·7% wystąpiła silna poikilocytoza, a krwinki okazywały kształt nieregularny i były silnie napęczniałe; w 35·2% poikilocytoza nieznaczna, nieco większa niż we krwi świeżej, nierozcieńczonej. W 5·8% zauważono znaczniejszą hemolizę (pod drobnowidem cienie prawie tylko krwinek), a w 64·7% krwinki czerwone były w większej lub mniejszej ilości wyługowane. Podobnie, skoro krew poprzednio przez 24 godzin bez przerwy pozostawiono w cieplarce: tylko znaczna poikilocytoza wystąpiła w 35·7%, a znaczniejsza hemoliza w 7.1%; zresztą krwinki czerwone były okrągłe, odosobnione, nieco napęczniałe.

Rozcieńczenie $^1/_{20}$ (t. j. 1 kropla krwinek + 20 kropli surowicy).

Pod drobnowidem znaczna poikilocytoza i hemoliza; mniejsza przy poprzedniem pozostawieniu 24-godzinnem krwi w cieplarce.

Rozcieńczenie $^1/_{30}$ (t. j. 1 kropla krwinek + 30 kropli surowicy).

Badano 6 przypadków; wykonano 7 razy odczyn. W 83.3% znaczna poikilocytoza: krwinki miernie napęczniałe, w dość znacznym stopniu wyługowane; w 16·6% zupełna hemoliza. Skoro zaś krew poprzednio znajdowała się w cieplarce przez 24 godzin, naówczas poikilocytoza okazywała zawsze słabsze nasilenie, a krwinki czerwone były w większej lub mniejszej ilości wyługowane; nigdy nie zauważono zupełnej hemolizy.

Surowica równoimienna rakowa wobec krwinek czerwonych w rozczynie fizyologicznym (0·85%) NaCl nie wywołuje ani makroskopowo ani mikroskopowo strątu; pod drobnowidem krwinki czerwone zawsze odosobnione. W słabych rozcieńczeniach ($^1/_{10}$) krwinki czerwone okazują wejrzenie prawie prawidłowe; w silniejszych rozcieńczeniach (począwszy od $^1/_{16}$—$^1/_{60}$) zauważono znaczną poikilocytozę, która wzmagała się w miarę większej ilości dodanej równoimiennej surowicy rakowej. Przy zadziałaniu większej ilości surowicy rakowej równoimiennej krwinki czerwone okazywały mniejszą skłonność do pęcznienia. W słabych rozcieńczeniach i silnych ($^1/_{10}$ i $^1/_{60}$) brak hemolizy, w rozcieńczeniu średniem ($^1/_{20}$ i $^1/_{30}$) występuje hemoliza, zwłaszcza jeśli do doświadczeń użyto krwi, która poprzednio najpierw przez 6 godzin znajdowała się w ciepłocie 37° C., a następnie przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej.

c) Krew odwłóknioną i odwirowaną pozostawiano w jednej połowie najpierw przez 6 godzin w cieplarce 37° C., potem przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej α), a w drugiej połowie bez przerwy w cieplarce przez 24 godzin β). Następnie z każdej z tych ilości zapomocą pipety z dna próbówki zebraną kroplę krwinek czerwonych, rozcieńczano w 4 cm³ rozczynu fizyologicznego (0·85%) NaCl wielokrotną ilością równoimiennej surowicy rakowej i kroplą świeżego rozczynu 3% perhydrolu, potrząsając za każdym razem rurką odczynnikową w celu jednostajnego rozdzielania krwinek czerwonych i surowicy; poczem rozcieńczenia wstawiano na dalsze 24 godzin do cieplarki (37° C.). Wynik następujący:

Rozcieńczenie $^1/_{16}$ (t. j. 1 kropla krwinek + 16 kropli surowicy).

Badano 13 przypadków, wykonano 17 razy odczyn. α) Nigdy ani makroskopowo, ani mikroskopowo nie stwierdzono strątów ani skupiania się krwinek czerwonych. W 58·8% wystąpiła znaczna poikilocytoza, a krwinki czerwone były przeważnie znacznie napęczniałe i powiększone, rzadziej okazywały postać pręcikowatą i wydłużoną. W 52·9% wystąpiła znaczna hemoliza tak, iż na miejscu krwinek czerwonych zauważono liczne tylko cienie okrągłe, prawidłowej wielkości obok okrągłych nieco napęczniałych i skąpych poikilocytów. Skoro zaś do doświadczeń użyto krwi, która β) poprzednio bez przerwy pozostawała w ciepłocie 37° C. przez 24 godzin, obraz podobny można było stwierdzić ze względu na brak mikroskopowego i makroskopowego strątu. Natomiast silną poikilocytozę zauważono tylko w 50%, przyczem krwinki czerwone były mniej napęczniałe, a w 21·4% silną hemolizę (prawie w zupełności). Zresztą krwinki czerwone odosobnione, nieco napęczniałe, okrągłe lub gwiazdkowate, z tą samą ilością poikilocytów, co w krwi świeżej i nierozcieńczonej.

Rozcieńczenie $^1/_{20}$ (t. j. 1 kropla krwinek + 20 kropli surowicy).

Znaczna poikilocytoza; krwinki nieliczne wyługowane (do doświadczeń użyto tylko krwi, która najpierw przez 6 godzin pozostawała w ciepłocie 37° C., a następnie przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej α).

Rozcieńczenie $^1/_{30}$ (t. j. 1 kropla krwinek + 30 kropli surowicy).

Badano 5 przypadków; wykonano 5 razy odczyn. W 80% wystąpiła znacznego stopnia poikilocytoza (napęczniałe, duże krwinki czerwone) obok niejednostajnego większego wyługowania krwinek czerwonych. W 20% brak poikilocytozy, atoli znaczna hemoliza. Przy użyciu krwi, która bez przerwy pozostawała w cieplarce przez 24 g., zawsze występowała znaczna poikilocytoza obok dość znacznego wyługowania krwinek czerwonych z barwika krwi.

Rozcieńczenie $^1/_{60}$ (t. j. 1 kropla krwinek + 60 kropli surowicy).

Znaczna poikilocytoza; krwinki czerwone w skąpej ilości wyługowane.

Do doświadczeń użyto 16, 20, 30, 60-krotnej ilości surowicy równoimiennej rakowej. W przypadkach, w których krew poprzednio pozostawała 6 godzin w cieplarce, a 18 godzin w ciepłocie pokojowej, po zadziałaniu 16-krotnej ilości surowicy równoimiennej rakowej na krwinki czerwone prawie na równi można było stwierdzić jużto znaczną poikilocytozę, jużto hemolizę. Przy dodaniu 20, 30, 60-krotnej ilości tejże surowicy wzmagała się (w miarę większej ilości) poikilocytoza, a zmniejszała hemoliza, tak

że przy 6-krotnem rozcieńczeniu surowicą poikilocytoza była bardzo znaczna, a krwinki czerwone w skąpej ilości były wyługowane. Skoro zaś do doświadczeń użyto krwi, poprzednio przez 24 godzin pozostającej w cieplarce przy 30° C., wynik naogół był podobny, tylko zjawisko hemolizy ujawniło się w znacznie słabszym stopniu.

d) Krew odwłóknioną pozostawiano w jednej połowie najpierw przez 6 godzin w ciepłocie 37° C. (w cieplarce), a potem przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej α); a w drugiej połowie przez 24 godziny bez przerwy w cieplarce (37° C.) β). Następnie rozcieńczano 2 krople krwinek czerwonych zapomocą pipety z dna osadu w 4 cm rozczynu fizyologicznego (0·85%) NaCl i dodawano w połowie doświadczeń po 1 kropli 3% świeżo sporządzonego rozczynu perhydrolu, a do wszystkich prócz tego po ½ cm³ świeżego odczynnika Uffelmanna. Wówczas (badano 23 przypadki) po dokładnem zakłóceniu rurek odczynnikowych wytworzył się w 98% wyraźny strąt, szybko powstający (w kilka minut). Odczyn ten występował bardzo wybitnie zarówno przy użyciu krwinek czerwonych nieopłukanych, jak i opłukanych w rozczynie fizyologicznym NaCl, skoro krew poprzednio przez 24 godzin się odstała; gdy wykonywano bowiem powyższe doświadczenie z krwią świeżą lub w 48 godzin i później po utoczeniu, czasami brak było strątu lub strąt zaznaczał się w słabszem nasileniu.

Ważnem jest, aby krew poprzednio dobrze odwirować, gdyż w razie nienależytego odwirowania (w jednem i tem samem doświadczeniu) wynik może być różny, co odnieść należy najprawdopodobniej do domieszki surowicy równoimiennej, niejednostajnie pośród osadu krwinek rozdzielonej. Toż samo i zbytnie opłukiwanie krwinek czerwonych w rozczynie fizyologicznym (0·85%) NaCl nie jest obojętne, ponieważ przez to krwinki czerwone mogą być w większej lub mniejszej ilości wyługowane z istot białkowatych, a tem samem zmienić swe własności. Niejednokrotnie mogliśmy też stwierdzić, iż używając do doświadczeń krwinek czerwonych opłukanych w rozczynie soli kuchennej i nieopłukanych, z tego samego przypadku chorobowego pochodzących, otrzymywaliśmy wynik nieco odmienny. W przebiegu żółtaczki lub po wykonaniu gastroenterostomii częstokroć odczyn powyższy wypadał ujemnie.

e) Krew odwłóknioną i odwirowaną pozostawiano w cieplarce (37° C.) przez 24 godzin. Kroplę krwinek czerwonych zebraną zapomocą pipety z dna probówki rozcieńczano 4 cm.³ rozczynu fizyologicznego (0·85%) NaCl i surowicą rakową równoimienną w różnej ilości, wstrząsając za każdym razem rurką odczynnikową w celu jednostajnego zmieszania krwinek czerwonych i dodanej surowicy. Do połowy ilości rurek odczynnikowych dodawano i po jednej kropli świeżego rozczynu perhydrolu 3%. Następnie po zakłóceniu dodawano do wszystkich rozcieńczeń (tak z dodatkiem perhydrolu, jak i bez tegoż) po ½ cm. świeżego odczynnika Uffelmanna i po dokładnem zmieszaniu wstawiano te rozcieńczenia na 24 godzin do cieplarki.

Wynik następujący:

Rozcieńczenie ½ (t. j. 1 kropla krwinek + 2 krople surowicy):

Badano 11 przypadków; wykonano odczyn 14 razy. Wyraźny strąt makroskopowo stwierdzono w 64·2%, a wogóle pod drobnowidem zdolność skupiania się w grudki krwinek czerwonych w 71·5%. W 14·2% nie stwierdzono strątu ani makroskopowo ani mikroskopowo. Krwinki czerwone były przeważnie prawidłowej wielkości i postaci, niekiedy nieznacznie napęczniałe. Zawsze prawie, gdyż w 88·8%, można było stwierdzić znaczne wyługowanie barwika krwi, tak iż na miejscu krwinek czerwonych pozostały tylko cienie. Odmiennie, gdy dodano i perhydrolu. Badano 10 przypadków, a wykonano 12 odczynów. We wszystkich przypadkach (100%) stwierdzono gołem okiem wyraźny strąt, polegający na skupieniu krwinek czerwonych obok odosobnionych okrągłych krwinek czerwonych. W 91·6% zauważono znaczne wyługowanie krwinek czerwonych, t. j. tylko cienie; zresztą krwinki czerwone były bledsze, prawidłowej postaci i wielkości.

Rozcieńczenie ¼ (t. j. 1 kropla krwinek + 4 krople surowicy):

Badano 11 przypadków; wykonano 15 razy odczyn. W 13·3% wystąpił strąt makroskopowo, polegający jużto na zlepności, jużto na skupianiu się krwinek czerwonych. Pod drobnowidem zauważono w 42·7% skąpe grudki skupionych krwinek czerwonych; zresztą krwinki czerwone były przeważnie okrągłe, nieco napęczniałe, miejscami gwiazdkowate; bledsze. Poikilocytoza nieznaczna. W 33·3% dość znaczne wyługowanie krwinek czerwonych z barwika krwi (tu i owdzie cienie). Odmiennie przy równoczesnem zadziałaniu perhydrolu. Naówczas zawsze brak makroskopowo strątu. Drobnowidowo stwierdzono w 71·4% strąt, który w 99% polegał na skupieniu, a w 1% na zlepności krwinek czerwonych w skąpych drobnych grudkach. Obok skąpych grudek znajdowały się liczne odosobnione krwinki czerwone, słabo napęczniałe, miejscami tylko więcej napęczniałe lub gwiazdkowate. W 14·2% znaczniejsza nieco poikilocytoza (krwinki napęczniałe obok postaci wydłużonych, pręcikowatych, wiotkich (flexil). W 28·5% wystąpiła znaczniejsza hemoliza, tak iż z ciałek krwi czerwonych poskupianych lub odosobnionych pozostały tylko cienie; zresztą krwinki czerwone były zawsze wyługowane jużto w większym, jużto w mniejszym stopniu.

Rozcieńczenie ⅛ (t. j. 1 kropla krwinek + 8 kropli surowicy):

Badano 11 przypadków; wykonano 14 odczynów. Makroskopowo nie zauważono ani razu strątu, natomiast drobnowidowo w 21·3% spostrzegano skąpe grudki skupionych okrągłych krwinek czerwonych; zresztą krwinki prawidłowe, miejscami napęczniałe. W 14·2% wystąpiła znaczniejsza poikilocytoza, przeważnie z postaciami pręcikowatemi i gruszkowatemi; w 41·4% nieznaczna poikilocytoza; w 14·2% wystąpiła znaczniejsza hemoliza; zresztą krwinki były blade i niejednostajnie wyługowane.

Przy równoczesnem zadziałaniu perhydrolu obraz był prawie taki sam, tylko częściej, bo w 42·7%, spostrzegano znaczniejszą poikilocytozę, a rzadziej hemolizę, bo w 7·1% wystąpiły tylko cienie w miejscu krwinek czerwonych.

Rozcieńczenie 1/12 (t. j. 1 kropla krwinek + 12 kropli surowicy):

Badano 11 przypadków; odczyn wykonano 16 razy. Nigdy nie zauważono ani makroskopowo ani mikroskopowo strątów lub zlepów. W 12·5% stwierdzono znaczniejszą poikilocytozę; zresztą była ona nieznaczna, prawie w tym stopniu, jak we krwi świeżej. Krwinki czerwone prawie zawsze były okrągłe, gwiazdkowate, jak w stosunkach prawidłowych; miejscami nieznacznie napęczniałe. W 18·7% stwierdzono znaczniejszą hemolizę; w 37·4% krwinki były wyługowane z barwika w większej lub mniejszej części.

Przy równoczesnem zadziałaniu perhydrolu makroskopowo nigdy nie stwierdzono strątów, atoli w 9% znajdowały się pod drobnowidem skąpe grudki skupionych krwinek czerwonych. W 36·3% wystąpiła silna poikilocytoza, a krwinki czerwone były nieznacznie napęczniałe; w 45·4% nieznaczna poikilocytoza. Zresztą krwinki czerwone były

odosobnione o prawidłowej wielkości i postaci. W 18·1% dostrzeżono znaczniejszą hemolizę, t. j. cienie tylko, a w 36·3% krwinki czerwone jużto więcej, jużto mniej były wyługowane. W przypadkach znaczniejszej hemolizy cienie krwinek czerwonych okazywały wielkość prawidłową i były okrągłe.

Odczynnik Uffelmanna wobec małych ilości surowicy rakowej równoimiennej wywołuje w rozczynie fizyologicznym (0·85%) NaCl kropli krwinek czerwonych stan skupiania się tychże krwinek czerwonych w miernem nasileniu, co się objawia makroskopowo powstawaniem strątu w rurce odczynnikowej, a mikroskopowo wytwarzaniem się grudek krwinek czerwonych. Odczyn makroskopowy spotykano przy zadziałaniu 2-krotnej ilości surowicy równoimiennej w 65%, a przy zadziałaniu 4-krotnej ilości tejże surowicy w 13% przypadków; brakował zupełnie przy dodawaniu większej (8 i 12-krotnej) ilości surowicy. Również słabiej występował odczyn mikroskopowy i to w stosunku odwrotnym do ilości dodanej surowicy równoimiennej rakowej, tak iż pod drobnowidem zauważono grudki krwinek czerwonych skupionych przy zadziałaniu 2-krotnej ilości w 71%, — 4-krotnej w 42%, — 8-krotnej zaledwie w 21% przypadków, a przy 12-krotnej ilości tejże surowicy już zawsze tylko odosobnione pojedynczo ułożone krwinki czerwone. Wobec małej ilości surowicy równoimiennej (2, 4-krotnej) krwinki okazywały miejscami nieznaczne napęcznienie, zresztą postać prawidłową; natomiast przy większych ilościach tejże surowicy (8 i 12-krotnej) występowała znaczniejsza poikilocytoza (w 13%). Znaczne wyługowanie krwinek czerwonych z barwika krwi, tak iż na miejscu tychże pozostawały wyłącznie tylko cienie, wywoływała prawie zawsze dwukrotna ilość surowicy, podczas gdy w miarę zwiększonej ilości hemoliza coraz była słabsza (ograniczała się przy 8, 12-krotnej ilości do 16%).

Skoro zaś zadziałano w powyższych warunkach oprócz odczynnika Uffelmanna i perhydrolem, obraz poniekąd ulegał zmianie. Naówczas makroskopowo strąt występował zawsze przy rozcieńczeniu tylko dwukrotną ilością surowicy równoimiennej rakowej, a przy dalszych rozcieńczeniach (4, 8, 12) jedynie drobnowidowo stwierdzono skłonność skupiania się w grudki krwinek czerwonych i to w tem mniejszym stopniu, im większą była ilość dodanej surowicy (przy 4-krotnej ilości w 71·1%, a przy 12-krotnej zaledwie tylko w 9%). Krwinki czerwone przeważnie nieznacznie napęczniałe. Coraz znaczniejszą poikilocytozę spotykano dopiero w miarę zadziałania większych ilości surowicy (przy 8— i 12-krotnej w 40%). Natomiast mała ilość surowicy prawie zawsze wywoływała zupełne wyługowanie krwinek czerwonych, tak, iż po nich pozostawały tylko cienie, w miarę silniejszej zaś domieszki surowicy hemoliza była coraz mniejszą, a pod drobnowidem spotykano krwinki czerwone ilościowo i jakościowo niejednostajnie wyługowane.

f) Krew odwłóknioną i odwirowaną pozostawiano najpierw w cieplarce przez 6 godzin (37° C.), a potem przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej. Kroplę krwinek czerwonych, zebraną zapomocą pipety z dna odnośnej próbówki, rozcieńczano 4 cm.³ rozczynu fizyologicznego (0·85%) NaCl i wielokrotną ilością surowicy rakowej równoimiennej, wstrząsając za każdym razem rurką odczynnikową w celu jednostajnego rozdzielenia krwinek czerwonych i dodanej surowicy. Do połowy rurek odczynnikowych dodawano po 1 kropli 3% perhydrolu świeżo sporządzonego. Wreszcie po zakłóceniu wlewano do wszystkich rozcieńczeń (tak z perhydrolem jak i bez tegoż) po $^1/_2$ cm.³ świeżego odczynnika Uffelmanna i po dokładnem zmieszaniu wstawiano je do cieplarki na 24 godzin.

Wynik doświadczeń następujący:

Rozcieńczenie $^1/_2$ (t. j. 1 kropla krwinek + 2 kropli surowicy):

Badano 13 przypadków; wykonano 16 razy odczyn. Zawsze (100%) stwierdzono wyraźny strąt, w ciągu $^1/_2$— 1 $^1/_2$ godziny powstający, który w 75% pochodził od skupienia się krwinek czerwonych w grudki, a w 25% od ich zlepiania się. W przypadkach grudkowatych zlepień krwinki czerwone były miernie napęczniałe i okazywały słabą poikilocytozę; zresztą krwinki czerwone były gwiazdkowate lub drobno okrągłe.

Wyługowanie znaczniejsze barwika krwi, t. j. cienie krwinek czerwonych, spostrzegano w 25%, a częściowe tylko wyługowanie barwika krwi w 68·7%; w 6·3% krwinki czerwone pod drobnowidem były tylko bledsze i okazywały postacie prawidłowe, kolczaste.

Toż samo przy wykonaniu powyższych doświadczeń z dodatkiem perhydrolu, krwinki czerwone były tylko wogóle znaczniej napęczniałe, przez co w 23% wystąpiła znaczniejsza poikilocytoza.

Rozcieńczenie $^1/_4$ (t. j. 1 kropla krwinek + 4 krople surowicy):

Badano 13 przypadków; wykonano 18 razy odczyn. W 11·1% stwierdzono gołem okiem strąt, który polegał na zlepianiu się krwinek czerwonych w grudki; zresztą brak makroskopowo strątu. Natomiast pod drobnowidem zauważono w osadzie skąpe grudki skupionych krwinek czerwonych w 38·8%, a w 62·2% krwinki czerwone odosobnione, przeważnie okrągłe, prawidłowej wielkości, nieznacznie napęczniałe; rzadziej kolczaste lub wydłużone. W 22·2% stwierdzono cienie krwinek czerwonych, a w 33·3% mniej lub bardziej liczne krwinki czerwone wyługowane; w 16·6% wystąpiła nieznaczna poikilocytoza. Przy zadziałaniu oprócz odczynnika Uffelmanna i perhydrolu rzecz przedstawiała się nieco odmiennie. W 44·4% stwierdzono gołem okiem strąt, który prawie zawsze polegał na skupieniu krwinek czerwonych, a raz tylko na ich zlepieniu się, podczas gdy drobnowidowo w 83·3% spostrzegano skąpe grudki skupionych krwinek czerwonych; w 16·6% nie można było makroskopowo ani mikroskopowo zauważyć skupienia krwinek czerwonych, a w osadzie znajdowały się naówczas odosobnione krwinki czerwone w przeważnej ilości powiększone i napęczniałe a miejscami pręcikowate, wydłużone, jako wyraz miernej poikilocytozy.

Zazwyczaj krwinki czerwone okazywały kształt i wielkość prawidłową i były już to więcej, już to mniej wyługowane z barwika; w 16·6% spostrzegano liczne cienie krwinek czerwonych.

Rozcieńczenie $^1/_8$ (t. j. 1 kropla krwinek + 8 kropli surowicy):

Badano 13 przypadków; wykonano 18 odczynów. Makroskopowo brak strątu, natomiast drobnowidem stwierdzono w 27·7% drobne skupione grudki okrągłych krwinek czerwonych. W 50% znaleziono mierną poikilocytozę, krwinki czerwone były nieznacznie napęczniałe; zresztą zachowywały się prawidłowo i były tylko bledsze. W 5·5% spotkano liczne cienie krwinek czerwonych. Nieco odmienne przy równoczesnem zadziałaniu perhydrolu. Naówczas w 5·5% zauważono makroskopowo strąt, a pod drobnowidem wogóle stwierdzono skąpe grudki krwinek czerwonych w 27·7%. Krwinki czerwone w 66·6% okazywały

znacznego stopnia poikilocytozę; były odosobnione, przeważnie powiększone, napęczniałe, kształtu nieregularnego; rządziej gwiazdkowate i nieznacznie tylko napęczniałe. Znaczniejsze wyługowanie krwinek czerwonych z barwika zauważono w 5·5%.

Rozcieńczenie $^1/_{12}$ (t. j. 1 kropla krwinek + 12 kropli surowicy):

Badano 13 przypadków; wykonano 17 odczynów. Nigdy nie stwierdzono ani makroskopowo, ani mikroskopowo strątu, skupienia lub zlepności krwinek czerwonych. W 35·3% wystąpiła słabego stopnia poikilocytoza, przyczem krwinki czerwone były pręcikowate i okrągłe, gwiazdkowate. W 17·6% zauważono pod drobnowidem tylko same cienie na miejscu krwinek czerwonych wskutek znacznej hemolizy; w 21·1% krwinki czerwone jużto w większej, jużto w mniejszej ilości były wyługowane z barwika krwi; zresztą tylko bledsze.

Inaczej, gdy obok odczynnika Uffelmanna zadziałano i perhydrolem.

Naówczas w 12·5% wystąpił słaby strąt makroskopowo, który polegał jużto na skupieniu, jużto na zlepności krwinek czerwonych. Zawsze (100%) znaczna poikilocytoza, a krwinki czerwone w przeważnej ilości znacznie napęczniałe, nieregularne, rzadko pręcikowate, okrągłe. W 31·2% zauważono miernego tylko stopnia wyługowanie krwinek czerwonych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z kliniki lekarskiej Prof. dra A. Gluzińskiego i z Zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu lwowskiego.

O znaczeniu etyologicznem schorzenia migdałków w sprawach tz. gośćcowych ostrych

podali

Doc. dr Maryan Franke

i

Helena Schusterówna,

demonstratorka Zakładu anatomo-patologicznego.

Na podstawie dotychczasowego doświadczenia klinicznego i w myśl obecnych zapatrywań możemy twierdzić, że ostry gościec stawowy i sprawy z nim związane, jak zapalenie wsierdzia, osierdzia i mięśnia sercowego, na tle gośćcowem itd. jest schorzeniem, wywołanem przez zakażenie drobnoustrojami. Za tem przemawia cały przebieg kliniczny schorzenia i podobieństwo do schorzeń powstałych w przebiegu innych chorób, w których tło i rodzaj zakażenia nie ulega wątpliwości. Jasnem było, że zgodnie z zapatrywaniem co do tła drobnoustrojowego badania nad etyologią gośćca skierowano przedewszystkiem w dwu kierunkach, starając się wykazać: 1) rodzaj drobnoustrojów, któreby wywoływały ostry gościec stawowy i sprawy mu pokrewne, i 2) wrota zakażenia, któremi te drobnoustroje dostają się do ustroju człowieka. Wyjaśnienie tych dwu punktów mogłoby ostatecznie oświetlić patogenezę cierpienia i dałoby nam broń do leczenia tych spraw.

Usiłowania celem wykrycia drobnoustrojów chorobotwórczych gośćca w pewnej grupie przypadków zostały uwieńczone rzeczywiście wynikiem dodatnim. Jedna grupa badaczy bowiem w pewnej liczbie przypadków typowego ostrego gośćca stawowego wykazała we krwi lub w nalotach zastawek sercowych obecność zwykłych ropotwórczych drobnoustrojów, więc gronkowce lub paciorkowce ropotwórcze itd. Na tle tych badań powstało zapatrywanie, że ostry gościec stawowy jest tylko stanem ropnicowym o słabszem nasileniu, wywołanym przez drobnoustroje ropnicowe o zmniejszonej zakaźności. Inna grupa badaczy znowu starała się wykazać drobnoustroje swoiste (specyficzne) dla gośćca stawowego, nie uznając zapatrywania, że on jest tylko stanem ropnicowym o słabszem nasileniu, przyznając jednak, że istnieją stany ostrego zapalenia stawów na tle ropnicowem, lecz te nie mają nic wspólnego z jednostką chorobową, znaną pod nazwą ostrego gośćca stawowego. I tak Detre opisuje drobnoustrój swoisty dla gośćca, który należy do grupy prątków pseudodyfterytycznych, a okazuje na pożywkach znaczną skłonność do zmiany postaci (polimorfizm) i nazywa go »corynebakterium rheumaticum«. Mniejwięcej podobne spostrzeżenia podają Dungen, Schneider i M. Schüler. Poyton i Payne znowu opisują swoisty drobnoustrój »micrococcus rheumaticus«. Leyden a potem Mayer opisują swój »diplo -(strepto-)coccus gracilis«, jako »właściwy« wywołujący ostry gościec stawowy, a Achalme prątek »właściwy«, rozwijający się na pożywkach bez przystępu powietrza, który później znajdował Thiroloix i Rosenthal. O innych, drobnoustrojach »właściwych«, znajdowanych przez innych autorów, już nie chcę wspominać, bo są to spostrzeżenia odosobnione.

Badania ostatnich lat, przeprowadzone z uwzględnieniem możliwej ścisłości naukowej, nie potwierdziły jednak tych wszystkich spostrzeżeń. W całym szeregu przypadków typowego ostrego gośćca i spraw z nim związanych, przy uwzględnieniu obecnej ścisłości, nie można było wykazać żadnych drobnoustrojów, któreby można było uważać za swoiste, wywołujące ostry gościec. Krytyka ścisła dotychczasowych wyników dodatnich każe nam, jak obecnie, zapatrywać się bardzo sceptycznie na swoistość opisywanych drobnoustrojów właściwych dla gośćca. Czy istnieją i jak wyglądają drobnoustroje wywołujące ostry gościec stawowy i sprawy mu pokrewne i gdzie ich szukać należy, te pytania musimy dziś zostawić bez dodatniej odpowiedzi.

Przechodząc do sprawy drugiej, która nas obchodzi przedewszystkiem w niniejszej pracy, to jest do wrót zakażenia przy ostrym gośćcu stawowym, zaznaczyć musimy, że sprawą tą zajmowano się już od dawna, lecz wyniki dotychczasowych badań nie stały się własnością ogółu lekarzy i nie doprowadziły do wyzyskania ich praktycznego w szerokiem znaczeniu. Po nad inne zapatrywania wybija się, jak dotychczas, pogląd, że wrota zakażenia przy tych schorzeniach znajdują się w jamie ustnej i gardle, a zwłaszcza w migdałkach.

Jeszcze Fowler zwracał uwagę na to, jak często wybuch ostrego gośćca stawowego poprzedza ostre zapalenie migdałków, przypuszczając istnienie związku genetycznego między obydwoma schorzeniami. Da Costa pierwszy opisuje obraz zajęcia migdałków, nazwany przez niego »angina rheumatica«. Dla gośćca mającą być charakterystyczną i właściwą postać zajęcia migdałków (angina rheumatica) opisują także przedewszystkiem Lassègue (we Francyi), Fiedler (w Niemczech), a u nas Dmochowski. Inni znowu dopatrują się związku przyczynowego między ostrym gośćcem

stawowym, a zwykłem zapaleniem mieszkowem migdałków (angina lacunaris acuta); podobne kazuistyczne spostrzeżenia opisuje u nas Mięsowicz, uważając je jednak, w myśl wywodów Lenharza, za schorzenia septyczne, podobne tylko do ostrego gośćca stawowego. Wreszcie przedewszystkiem Gürich opisuje szczególną postać schorzenia migdałków, której przyznaje w wielu przypadkach znaczenie etyologiczne przy wystąpieniu ostrego gośćca stawowego i schorzeń mu pokrewnych. W przypadkach przez siebie spostrzeganych spotykał on przewlekłe zapalenie zagłębień migdałków (angina fossularis chronica), często z tworzeniem się czopów migdałkowych. Szkodliwy czynnik wywołujący ostry gościec stawowy znajduje się według niego właśnie w zagłębieniach migdałkowych, gdzie przebywa czasowo w stanie nieczynnym (latent), lecz zawsze zdolny do zakażenia ustroju; każde zaostrzenie sprawy zapalnej w zagłębieniach migdałków otwiera niejako bramę wejścia dla tego czynnika szkodliwego i wywołuje tem samem wystąpienie ostrego gośćca.

Mimo dotychczasowych badań tak nad rodzajem drobnoustrojów, jak i nad bramą ich wejścia przy ostrym gośćcu stawowym, sprawa etyologii tego schorzenia wymaga jednak jeszcze całego szeregu badań w obu kierunkach i to tak ze względów teoretycznych, jak i praktycznych. Dzisiejszy postęp bakteryologii i bakteryoterapii domaga się badań nad wykazaniem drobnoustrojów, wywołujących gościec. Dotychczasowe wyniki seroterapii i leczenia szczepionkami według Wrighta pozwoliłyby nam tą drogą może dojść do skutecznego leczenia ostrego gośćca stawowego i spraw z nim związanych, w chwili, skorobyśmy wykazali drobnoustrój chorobotwórczy w danym przypadku. Sprawą jednak drobnoustrojów w niniejszej rozprawce zajmować się nie chcę, wobec braku wyniku badań własnych w tym kierunku.

Przechodząc do drugiego pytania, to jest do wrót zakażenia, zaznaczyć należy, że mimo dotychczasowych wyników w tym kierunku, brak jest zrozumienia ważności tej sprawy i z tego względu postanowiliśmy ją rozpatrzyć na postawie naszego doświadczenia. Za koniecznością wyjaśnienia wrót zakażenia przy ostrym gośćcu stawowym i schorzeniach z nim związanych, a zwłaszcza celem potwierdzenia znaczenia migdałków jako wrót, przemawia i to, że, w razie potwierdzenia spostrzeżeń dotychczasowych, należałoby stanąć na stanowisku leczenia operacyjnego gośćca i nawrotów jego. Wyniki, do jakich doprowadził radykalizm operacyjny przy schorzeniu wyrostka robaczkowego i stosowanie operacyi zapobiegawczych przy tem schorzeniu zachęcają tem bardziej do tego samego radykalnego postępowania przy ostrym gośćcu stawowym, jeżeli twierdzenie, że bramą wejścia i może siedzibą czynnika szkodliwego dla gośćca są istotnie migdałki, jest słuszne.

Dowodów własnych na potwierdzenie związku między schorzeniem migdałków, a gośćcem stawowym postanowiliśmy szukać z jednej strony w spostrzeżeniach klinicznych, a z drugiej w badaniach anatomo-patologicznych zwłok tych, którzy zmarli wśród ostrego gośćca stawowego lub okazywali zmiany gośćcowe, zwłaszcza w zakresie narządu krążenia. Zwracaliśmy więc uwagę na zachowanie się migdałków w odpowiednich przypadkach i przeprowadziliśmy także równocześnie w tych przypadkach i badania bakteryologiczne, lecz wobec wyników bakteryologicznych niepewnych nie chcemy uwzględniać ich obecnie.

Nasze spostrzeżenia kliniczne podam pokrótce, dając wyciągi historyi choroby odpowiednich przypadków.

1) S. N., l. 18, w leczeniu od 22/III. do 12/IV. 1911. W wywiadach chora podaje, że w listopadzie 1910 przebyła ostre zapalenie gardła z gorączką i stanem ogólnego schorzenia, a trwało ono przez 10 dni; w połowie lutego 1911 znowu ostre zapalenie gardła trwające przez 4 dni. W marcu 4/III wystąpiło znowu ostre zapalenie gardła z gorączką mniejszą, a główny nawał trwał do 7/III; w tym dniu wystąpiły pierwsze objawy stawowe i to wprzód bóle w stawach nadgarstkowych i obrzęk odpowiednich stawów, a potem z dnia na dzień występowały kolejno zajęcia stawów nowych i to łokciowych, barkowego prawego, a wreszcie kolana lewego; w ostatnich dniach wystąpił ból i ograniczenie ruchomości w stawach biodrowych. Stan obecny: typowe ostre zapalenie stawów wielkich kończyn górnych i dolnych, bez zajęcia stawów palców; badanie serca wykazuje nad koniuszkiem przy pierwszym tonie podmuch, zresztą tony czyste, tylko II. ton nad t. płucną może silniejszy, niż prawidłowo; nad podstawą serca słabe tarcie osierdziowe; migdałki zaczerwienione, obrzękłe; mocz bez zmian. Przebieg: podnieść należy w przebiegu szybką poprawę stanu stawów po podaniu Natr. salicylicum w dużych dawkach (Natr. sal. 15,0 : 200.0 Aq. dest. Ds. 3—4—5 łyżek dziennie), tak, że do paru dni bóle i obrzęki stawów ustąpiły, a ciepłota, która w pierwszych dwu dniach dochodziła do 38·6°C., w dniu 24/III doszła do stanu prawidłowego, choć potem jeszcze czasem podnosiła się do 37·2, aby wreszcie pod koniec leczenia opaść do poziomu prawidłowego; stan serca również przy odejściu był prawidłowy, choć II. ton nad tętnicą płucną był głośniejszy, niż prawidłowy. Rozpoznanie: Polyarthritis rheumatica acuta.

2) E. P., l. 29, w l. od 19/X.—11/XII. 1910. Wywiady: Chory w dzieciństwie często zapadał na bóle gardła połączone z gorączką i stanem ogólnego schorzenia; obecnie 14/X. 1910 wystąpił znowu ból gardła z bólami przy połykaniu, wystąpiła równocześnie gorączka, ogólne zmęczenie i nieokreślone bóle w nogach; następnego dnia wystąpiły bóle w stawach kończyn dolnych i to ból w stawie kolanowym prawym, potem obrzęk tegoż stawu, a z dnia na dzień występowało zajęcie coraz nowych stawów, barkowego itd. Stan obecny: Typowe ostre zapalenie dużych stawów kończyn z obrzękiem, bólem i ograniczeniem ich ruchomości; w sercu niema żadnych zmian patologicznych; mocz bez zmian; błona śluzowa gardła i migdałków zaczerwieniona, choć migdałki nie duże; ciepłota w pierwszym dniu do 39°C. Przebieg: Przez pierwszy miesiąc leczenia stan zajęcia stawów zmienny, przyczem widzimy to uspokajanie, to zaostrzanie się sprawy chorobowej; oddziaływanie na przetwory salicylowe czasowo dobre, choć występują ciągłe nawroty stawowe; od 12/XI. poprawa stała, która przechodzi w zupełną rekonwalescencyę od 3/XII; przy wyjściu stan chorego zupełnie dobry: Rozpoznanie. Polyarthritis rheumatica acuta.

3) St. W., l. 20, w leczeniu od 25/XI. 1907—15/II. 1908. Wywiady: W dzieciństwie miała nie chorować; obecnie rozchorowała się 1/XI., a wystąpiło ogólne osłabienie i bóle w nogach; 17/XI. chora zauważyła po raz pierwszy wystąpienie silnego bólu gardła z obrzękiem gruczołów na szyi; trzeciego dnia wśród bólu gardła wystąpiły bóle w stawach palców, a potem obrzęk tych stawów; potem z dnia na dzień wystąpiło zajęcie innych stawów i to stawy stopowe, nadgarstkowy lewy i łokciowy prawy itd. Stan obecny: W dzień przyjęcia ostre zapalenie stawów nadgarstkowych i łokciowego; w sercu nad koniuszkiem lekki szmer skurczowy, nad tętnicą płucną zdwojenie II. tonu i tarcie osierdziowe. Tętno 108 na min.; gardło i migdałki jednostajnie zaczerwienione, choć niepowiększone. Przebieg: Cie-

płota w dniach 25/XI do 3/XII wahała się, dochodząc do 39·1—38·8—38·2°C., od 3/XII. do 8/XII. stan bezgorączkowy; od 9/XII do 19/XII wahała się między 37—39·1 lub nawet (12/XII) 39·7$_0$C., od 19/XII stan czasem podgorączkowy do 37·1—37·2°C., wreszcie od 1/II 1908 stan bezgorączkowy; wśród tego chora przebyła ostre wysiękowe zapalenie osierdzia i opłucnej i zapalenie na zastawce dwudzielnej; badanie krwi wykazało 28/XII 1907: Leuk.=18700 w 1 mm^3, a stosunek proc. N=73$^0/_0$; Eoz=2$^0/_0$. Myel. neut. 3·4$^0/_0$. st., a w dniu 15/XII L=12500, N.=76·4$^0/_0$, Eoz=0$^0/_0$. Rozpoznanie: Polyarthritis rheumat. acuta, pleuritis rheumat. acuta ambil. praec. sin., pericarditis exsudat. acuta, endocarditis acuta ad valv. mitr. subsequ. insuff. valv. mitralis.

4) J. B., l. 18, w leczeniu od 8/X do 5/XI 1910. Wywiady: W dzieciństwie chory przebywał ropienie gruczołów na szyi i zapalenie pryszczykowe spojówek (conjunctivitis phlyctenulosa); przed 5 laty dur brzuszny; obecnie przed dwoma tygodniami zapadł na ostre zapalenie gardła, trwające przez kilka dni, a odtąd ból gardła utrzymywał się dalej; dziesiątego dnia nagle wystąpiły bóle i obrzęki stawów, a to najprzód w kolanach, potem w stopie, palcach u nóg i w stawach biodrowych. Stan obecny: Objawy ostrego zapalenia stawów kolanowych, skokowych, biodrowych i stawów małych w karku; w sercu wykazać można podmuch przy I. tonie nad koniuszkiem, zresztą tony czyste; błona śluzowa gardła zaczerwieniona, migdałki zaróżowione, niepowiększone. Przebieg: Przy wahaniach zajęcia rozmaitych stawów ciepłota wynosiła 8/X 37·5—38·5°C, 9/X 37·6—39·5°C, 10/X—11/X 38·7—37·6°C. Odtąd do 22/X stan czasem tylko podgorączkowy do 37·1, wreszcie bezgorączkowy; objawy stawowe ustąpiły zupełnie. Badanie krwi wykazało 9/X L=17800, z tego N=81$^0/_0$, Eoz.=5$^0/_0$, a w d. 17/X 1910 L=6600. Rozpoznanie: Polyarthritis rheum. acuta in individuo cum induratione apicis pulmonis dextri.

5) J. P., l. 13, w leczeniu od 22/VII 1909. Wywiady: W dzieciństwie chora przebywała kur, krztusiec i ospę wieczną, a w 7. r. życia miała zapaść na ostre zapalenie stawów z zajęciem stawów kolanowych, łokciowych, nadgarstkowych itd; sprawa ostra utrzymywała się przez parę tygodni, a potem bóle w stawach lekkie trwały przez parę miesięcy. Obecnie zapadła 30/V 1909 na ostre zapalenie gardła z gorączką i uczuciem ogólnego schorzenia; wśród tego stanu wystąpiły po kilku dniach znowu bóle i obrzęki stawów, przy stanie gorączkowym. Stan obecny w dniu 22/VI 1909: Ostre zapalenie stawu kolanowego i skokowego; w sercu wykazać można lekki skurczowy szmer nad koniuszkiem serca i nieczysty ton rozkurczowy nad tętnicą główną; nad podstawą serca tarcie osierdziowe; tętno=112 na min.; błona śluzowa gardła zaczerwieniona, migdałki zaczerwienione, lekko obrzękłe. Przebieg: Ciepłota 22/VI do 23/VI 1909 39·1—37·2—39·2°C, 24/VI ból gardła świeży T=39°C, 14/VI 37·2—38·3°C; odtąd stan podgorączkowy do 37·7°C, a od 3/VII bezgorączkowy; w moczu zmian nie ma; badanie krwi 22/VI 1909 L=5000; z tego N=65·4$^0/_0$, Limf.=26·7$^0/_0$, Eoz.=1·8$^0/_0$, w dniu gorączkowym. Rozpoznanie: Polyarthritis rheum. acuta intercurrente endocarditide acuta subsequ. insufficientia mitralis et insuffic. valv. semilun. aortae (?), pericarditis sicca acuta.

6) R. T., l. 33, w leczeniu od 15/X 1910 do końca stycznia 1911. Wywiady: 23/IX ostre zapalenie gardła (angina follicularis acuta) z ciepłotą do 40°; po 3 dniach chora mimo gorączki wstała i wtedy wystąpiło ostre zapalenie stawu skokowego, które przy podaniu salicylu do 3 dni ustąpiło; ból gardła trwał, a chora chodziła; po paru dniach znowu świeże zajęcie stawów i to skokowego i kolanowego prawego przy ciepłocie 38·5°C.; po paru dniach świeży nawał w stawach łokciowych. Stan obecny w dniu 15/X: Ostre zapalenie stawu skokowego lewego, kolana lewego i nadgarstkowych; badanie gardła wykazuje zaczerwienienie błony śluzowej, migdałki powiększone, zaróżowione, czopy widoczne, gruczoły podszczękowe lekko powiększone. Ciepłota 38° C.; narządy wewnętrzne bez zmian. Przebieg: Ciepłota wahała się przez 2 miesiące w granicach od poziomu prawidłowego do 38·2° C., zwykle jednak stan podgorączkowy; zajęcie stawów zmienne; wyleczenie. Rozpoznanie: Polyarthritis acuta post anginam follicul. acutam.

7) H. P., l. 39, w leczeniu od 24/XI do 26/XI 1910. Wywiady: Od 12. r. życia ma chora mieć trzeszczenie w stawach; czy poprzednio zapadała na zapalenie gardła, nie wie; przed miesiącem ostre zapalenie gardła (angina follicularis acuta) z ciepłotą do 39°C, trwające przez 3 dni; po 10 dniach nawrót zapalenia gardła z ciepłotą do 38°C, a po 3 dniach istnienia zapalenia gardła bóle i obrzęki stawów, wprzód w stawach kolanowych i łokciowych, potem skokowym lewym, nadgarstkowych, palców rąk itd. przy stanie podgorączkowym. Stan obecny w dniu 24/XI 1910: Tylko bolesność i trzeszczenie w stawach skokowych, kolanowych i barkowych bez obrzęku; ciepłota niepodwyższona; badanie gardła wykazuje zaczerwienienie i suchość błon śluzowych, migdałki obrzękłe, zaczerwienione, czopy. Rozpoznanie: Polyarthritis acuta exacerbans post. angina follicularis acuta.

8) E. M., l. 12, w leczeniu od 12/XII. do 24/XII. 1910. Wywiady: W 2 r. życia chory przebywał odrę, a w 11. płonicę; obecnie przed 2 tygodniami wystąpił ból gardła z gorączką, uczuciem ogólnego schorzenia, kaszlem i chrypką; wśród trwania tej sprawy, po paru dniach wystąpiły bóle w stawach kolanowym prawym, nadgarstkowym i łokciowym lewym. Stan obecny: Zajęcie stawu nadgarstkowego prawego i palców 3—4. ręki prawej; w sercu: uderzenie koniuszka w V. Sp. I. na zewnątrz od linii sutkowej lewej, nad koniuszkiem słychać szmer skurczowy, a II. ton nad tętnicą płucną jest wzmocniony; migdałki zaczerwienione, niepowiększone; ciepłota 12/XII—16/XII 38—37·8—39·3°C, 17/XII 37·7, a od 18/XII stan bezgorączkowy. Rozpoznanie: Polyarthritis rheumatica acuta in individuo cum insufficientia valv. mitralis, lymphadenitis chron. glandul. lymphat. colli.

9) K. K., l. 13, w leczeniu po raz pierwszy od stycznia do marca 1906. Wywiady: 25/XI 1905 zapadła chora na ostre zapalenie gardła z wysoką gorączką, stanem ogólnego schorzenia i obrzękiem gruczołów szyjnych; wśród bólu gardła, który trwał przez parę tygodni, piątego dnia choroby wystąpiły bóle i obrzęki stawów i to najprzód stawów rąk, potem nóg, wreszcie i stawów małych; ciepłota dochodzi do 39° C. Stan obecny: W styczniu 1906 r. lekkie zajęcie stawów kończyn dolnych; w sercu nad koniuszkiem szmer skurczowy, a II. ton nad tętnicą płucną wzmocniony; ciepłota wówczas 38—37·1—37·2°C. Migdałki obrzękłe, zaczerwienione, czopy widoczne. Przebieg wykazuje zmienność zajęcia stawów; stan serca pozostał niezmieniony; ciepłota podgorączkowa; po dwu miesiącach wyzdrowienie z pozostawieniem zmian lekkich w sercu. Rozpoznanie: Polyarthritis rheumat. acuta intercurrente endocarditide acuta ad valv. mitral. (insufficientia valv. mitralis). W roku 1909. w jesieni po przeziębieniu ból gardła i znowu lekkie zajęcie stawu nadgarstkowego ręki prawej i skokowego nogi prawej; wyzdrowienie po 10 dniach. W r. 1911 znowu zapalenie gardła i bóle w tych samych stawach.

10) J. K., l. 52, w leczeniu od 11/XI 1910 do 26/I 1911. Wywiady: W 10. r. życia chory miał cierpieć na ostre zapalenie stawów; w 22 r. życia nawrót zapalenia stawów; obecnie od 2 tygodni znowu wystąpiły bóle i obrzęki stawowe i mięśniowe. Stan obecny: Zajęcie ostre stawów barkowych, łokciowych, nadgarstkowych i kolanowych przy istniejących już zmianach stałych; migdałki powiększone, zaczerwienione, w prawym widoczne czopy. Przebieg: Ostre objawy stawowe zmienne, to uspokajają się, to nawracają; 12/XI świeży ból gardła, w migdałkach widać czopy, gruczoły podszczękowe obrzękłe, bolesne; 17/XI z migdałka za uciskiem wydobywa się ropna wydzielina, stawy lepiej; ciepłota waha się między stanem prawidłowym a 38·3°C (4/XII); od 26/XII objawy ostre ustąpiły. Rozpoznanie: Polyarthritis chronica exacerbans, tonsillitis lacunaris chronica.

11) A. C., l. 17, w leczeniu od 9/I do 7/III 1911 (mors.). Wywiady: Przed 6 laty po raz pierwszy ostre zapalenie gardła; odtąd od czasu do czasu występują przemijające bóle gardła wskutek świeżego zapalenia; nawroty częste; obecnie w październiku 1910 wystąpiły znowu bóle gardła, osłabienie, gorączka itd. Stan obecny (w styczniu): W sercu objawy dawnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, świeże zapalenie osierdzia i świeże zmiany zapalne na zastawkach tętnicy głównej i zaostrzenie zmian na zastawce dwudzielnej; ciepłota do 38° C; migdałki powiększone, blade, kieszonki głębokie, na prawym tylnym łuku 2 szare naloty zamknięte w głębi, z obu migdałków wydobyto cuchnące czopy. Przebieg: Ciepłota stale podwyższona o torze zwalniającym; objawy wysiękowego zapalenia osierdzia, zaostrzenia sprawy zastawkowej; chora umiera wśród objawów osłabienia serca. Rozpoznanie kliniczne (w skróceniu): Endocarditis chron. acuta exacerbans ad valvul. mitralem et valvul. semilun. aortae, pericarditis adhaes. post pericarditidem serofibrinosam itd., myocarditis in stadio incompensationis itd., tonsillitis lacunaris chron. Rozpoznanie sekcyjne (w skróceniu): Endocarditis chron. acuta exacerb. valv. mitral. et recens valv. semilun. aortae itd., pericarditis obliterans etc., degeneratio adiposa et fragmentatio musculi cordis, venostasis etc, tonsillitis lacunaris chron.

12) K. M., l. 39, w leczeniu od grudnia 1910 do lutego 1911. Wywiady: Chora poprzednio nieraz zapadała na zapalenie gardła lub czasem tylko na przemijające bóle gardła, często bole stawowe; ostre zapalenie stawów przed 8 laty; obecnie z końcem listopada ostre zapalenie gardła z gorączką, które trwało przez parę dni, a od tego czasu utrzymuje się ból gardła; w tydzień po zachorowaniu na gardło ostre objawy stawowe. Stan obecny: Prócz dawnej wady sercowej w postaci niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężenia dotyczącego ujścia, świeże ostre zapalenie stawów kolanowych, stopowych i barkowych; migdałki zaczerwienione, nie duże, kieszonki liczne, widoczne czopy, gruczoły podszczękowe tkliwe; ciepłota 39°C. Przebieg wykazuje przez 3 miesiące uspokajanie się i nawroty zapalenia stawów to tu, to tam, przy ciepłocie dochodzącej do 39° C; objawy świeżego suchego zapalenia osierdzia i może zaostrzenie sprawy na zastawkach; wreszcie po 2-miesięcznem trwaniu sprawy nastąpiło uspokojenie i wyleczenie z pozostawieniem zmian w sercu. Rozpoznanie: Polyarthritis rheumatica acuta recidiv. in indiv. cum insufficientia valv. mitralis et stenosi ostii venosi sin., pericarditis sicca acuta; status post angin. lacunar. acut.

13) A. D., l. 44, w leczeniu od 13/X do 23/XII 1910. Wywiady: W 17 r. życia ostre zapalenie gardła z gorączką trwające przez 3 tygodnie; od tego czasu przez 6 lat co jesień nawrót zapalenia gardła; potem spokój; od paru lat ostatnich objawy osłabienia serca nawracające. Stan obecny: Stan bezgorączkowy, w sercu objawy wady sercowej; niewyrównanie; migdałki zaróżowione, czopów nie widać. Przebieg: Wahanie niewyrównania, wreszcie ustąpienie objawów zastoju. Rozpoznanie: Endocarditis chron. fibr. sub forma insufficientiae valv. mitralis et stenosis ostii venos. sin. in stadio incompensationis, insuffic. relat. valv. tricuspidalis itd.

14) J. B., l. 16, w leczeniu od 26/III do 3/V 1911. Wywiady: Jak dawno chory jest na serce, podać nie umie; obecnie przed 2 tygodniami chory zapadł na bóle gardła, a w dwa dni później wystąpiły nagle objawy osłabienia lewej połowy ciała, które wnet przeszły w bezwład jej zupełny. Stan obecny: Wada sercowa dawna pod postacią niedomykalności zastawki dwudzielnej w okresie wyrównania; porażenie połowicze po stronie lewej; migdałki powiększone, zaczerwienione lekko; ciepłota w pierwszych tygodniach podgorączkowa dochodzi do 37·2°C, potem stan bezgorączkowy. Rozpoznanie: Endocarditis chron. fibr. sub forma insufficient. valv. mitral. in stadio compensationis acute exacerbans, embolia arter. fossae Sylvii dextr. subsequente hemiplegia dextra.

Nie chcąc powiększać kazuistyki, poprzestaję na przytoczeniu tych 14 przypadków, w których uwzględniliśmy przedewszystkiem przebieg kliniczny i częstość występowania zajęcia migdałków w tych przypadkach. Statystyki klinicznej, dotyczącej wogóle częstości współistnienia zajęcia migdałków i następowego schorzenia stawów, przytaczać nie chcę, bo tu o błędy łatwo, zwłaszcza, że nieraz podania chorych są niedostateczne lub fałszywe, a wynik badania migdałków za życia nieraz nie doprowadzi nas do rozjaśnienia sprawy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Odma piersiowa sztuczna

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź)[1])

Odma piersiowa sztuczna nie stanie się nigdy metodą ogólną leczenia suchot płucnych, ani nawet metodą mającą częste zastosowanie.

Metody lecznicze, których stosowanie trwać musi czas długi, wymagają wielkiej wytrwałości ze strony chorego i dużo dobrej woli ze strony lekarza. Tyczy się to szczególnie metod nowych, jeszcze nie spopularyzowanych, o których wartości wśród samych lekarzy pogląd nie jest ustalony.

Taką metodą leczniczą jest stosowanie odmy piersiowej sztucznej w przypadkach ciężkiej gruźlicy płuc, a także ropni płucnych, przewlekłych zapaleń płuc, rozszerzeń oskrzeli.

Trudną i niewdzięczną rolę wobec tych chorych łagodzimy sobie dotąd przeświadczeniem o bezskuteczności czynnego lecznictwa wobec danego cierpienia. Ta rezygnacya lekarza - praktyka staje się jednak wygodnym kwietyzmem dla lekarza szpitalnego, jeśli postęp lecznictwa wskaże nowe drogi; tych wypróbowanie jest jego właśnie obowiązkiem.

Metoda leczenia ciężkich, »nieuleczalnych« przypadków gruźlicy płuc zapomocą odmy sztucznej jest już od lat szeregu próbowana w szpitalach i sanatoryach Europy i Ameryki północnej; już więc z tego względu zasługuje na to, byśmy ją bliżej i my poznali i wypróbowali.

Tem bardziej, że wszyscy, którzy ją stosowali na liczniejszym materyale, uważają tę metodę za poważny postęp terapii, dający nam ze strony zgoła niespodziewanej możność ratowania życia beznadziejnie chorych.

W dzisiejszym odczycie nie mogę jeszcze wyłożyć ostatecznych wyników własnego w tej dziedzinie doświadczenia; pozostawiam to sobie na przyszłość. Dziś zapoznam Sz. Panów z ogólnemi zasadami metody, z jej techniką i widokami, do jakich ta metoda uprawnia.

Klinicyści, głównie francuscy, jak Woillez, Czernicki, Vigier, Duguet, Pernet, Meusnier, d'Hérard, Toussaint, (klinika Potaina), następnie — Spaeth, Forlanini, L. Spengler—

[1]) Rozszerzony i dopełniony wykład, wygłoszony w Tow. lek. łódzkiem 6. XII. 1911.

zauważyli, że w pewnych przypadkach wyjątkowych odma piersiowa, wikłająca przebieg gruźlicy płuc, wywiera niespodziewany wpływ leczący na gruźlicą dotknięte płuco, które uciska.

Podobnie dodatni wpływ na przebieg gruźlicy płuc ze strony ucisku przez wysięk surowiczy opłucnej opisali: Pidoux, Potain, Barié, Galliard, Adams, Bäumler, L. Spengler, Konzelmann, Saugman, Späth; a Schmorl, Palasse, Westenhöffer — opisali przypadki, w których gruźlica zajęła całe płuco, oszczędzając odcinki, uciśnięte przez istniejący wysięk opłucny; Eugeniusz Albrecht widywał przypadki, w których nawet ropniak opłucny (empyema) prowadził — przez ucisk — do gojenia gruźlicy lub przynajmniej do powstrzymania postępu choroby w tkance uciśniętej.

Te spostrzeżenia zniewoliły ogół klinicystów do baczniejszego spostrzegania przebiegu gruźlicy płuc, powikłanej niezakażoną odmą lub wysiękiem opłucnej, i doprowadziły do myśli o sztucznym ucisku chorego płuca w celach leczniczych.

Kiedy się niedawno tą sprawą zajęto, okazało się, że pomysły tego rodzaju były wypowiadane już przed wielu laty.

Myśl zastosowania ucisku jako metody leczenia jam płucnych i ropni wypowiedział pierwszy przed laty dziewięćdziesięciu fizyolog liverpoolski Carson; swój pomysł uzasadniał tem, że stałe kurczenie się i rozszerzanie tkanki płucnej przeszkadza zabliźnianiu się »wrzodów« płucnych; unieruchomienie płuc osiągnąć radził przez wprowadzenie do opłucnej powietrza; u zwierząt osiągał to Carson, tworząc odmę otwartą, przez szerokie nacięcie międzyżebrowe Przytacza tu Carson jedno spostrzeżenie kliniczne, kiedy niezagojona kłuta rana klatki piersiowej, otrzymana na polu bitwy, wpłynęła bardzo dodatnio na przebieg istniejącej gruźlicy płuc.

Podobnie Ramadge radził osiągnąć unieruchomienie płuc przez założenie przetoki klatki piersiowej, t. j. wytworzenie stałej komunikacyi jamy opłucnej z powietrzem atmosferycznem, dzięki czemu płucoby się zapadło. Taki przypadek opisał Houghton: przypadek wybitnie pomyślnego wpływu unieruchomienia płuca przez odmę piersiową otwartą, urazowego pochodzenia.

Piorry radził unieruchomiać płuco chore przez nakładanie ciężarów, krępowanie opaskami chorej strony klatki piersiowej [1]).

Były to pomysły wyłącznie teoretyczne.

O ich wartości praktycznej małą mieli opinię współcześni; tak np. pisał Canstatt w swej »Patologii i terapii szczegółowej« (Wyd. II. Tom III. R. 1843): »Niewykonalną jest myśl Carsona wytworzenia odmy piersiowej przez otwarcie opłucnej i uciśnięcie tym sposobem jam płucnych, by później tą samą drogą ucisnąć i drugie płuco; — zarówno, jak i myśl Piorryego wywarcia ucisku na jedną połowę klatki piersiowej przez opaskę, by w ten sposób zbliżyć do siebie ściany jam gruźliczych i doprowadzić je do zrostu«.

Wunderlich myślał podobnie (Handb. der Pathologie u. Therapie. Wyd. II. T. III. R. 1856), a Köhler (Handb. der spec. Therapie. Tom I. R. 1867) powiada: »Propozycya przeciwna (przeciwna myśli przeciwdziałania tworzeniu się gruzełków przez spotęgowanie czynności oddechowej) Carsona, — przy pomocy sztucznej odmy jednostronnej, lub Piorryego — przy pomocy opaski uciskowej lub przez nakładanie ciężarów na klatkę piersiową — zmniejszenia czynności oddechowej, zbliżenia ścianek jam, by się zasklepiły... nie warta jest prób klinicznych, nie mówiąc już o możliwości wprowadzenia tych pomysłów do praktyki«.

Minął lat szereg, gdy w r. 1882 myśl tę teoretyczną podjął ponownie Forlanini (z Pawii), który też w r. 1892 myśl tę w czyn wprowadził.

Twórcą więc metody, która, utrzymując płuco pod stałem ciśnieniem i doskonale je unieruchomiając, dąży świadomie nietylko do zagojenia zmian, istniejących w chwili rozpoczęcia leczenia, ale też do przerwania czynnej sprawy rozpadowej, — jest Prof. C. Forlanini.

Swój pogląd na racyonalność unieruchomienia zupełnego płuc jako środka leczniczego przy gruźlicy płuc tak Forlanini uzasadnia:

Zmiany anatomo-patologiczne, spostrzegane w przebiegu suchot płucnych, ani anatomicznie, ani swą patogenezą nie różnią się od spraw gruźliczych, rozgrywających się w innych narządach; jeżeli w płucach dochodzi do zmian rozpadowych, gruźlicy tego narządu właściwych i do zwyrodnienia serowatego ognisk gruźliczych i tkanek je otaczających, to dzieje się to, zdaniem Forlaniniego, jedynie dzięki swoistej **czynności** tego narządu, polegającej na nieustannej zmianie stanu napięcia tkanki płucnej, na zmianie objętości i ciśnienia zawartości płuc: powietrza. Ten wpływ czynności, wpływ ruchomości płuc na zejście sprawy zakaźnej zależy od s t o p n i a tej ruchomości. Mianowicie: a) z u p e ł n e unieruchomienie płuca powstrzymuje rozpad, zapobiega mu; b) z m n i e j s z e n i e s i ę ruchomości prawidłowej sprzyja powstawaniu i postępowi zmian rozpadowych i zmian poprzedzających sprawę rozpadową; c) z w i ę k s z e n i e s i ę ponad normę ruchomości płuc może — w pewnym stopniu — przeszkodzić rozwojowi tych zmian.

Te nieco aforystyczne i wogóle przez autora bardzo mało motywowane poglądy Forlaniniego zgadzają się jednak ze spostrzeżeniami innych badaczy i z obserwacyą kliniczną.

Tendeloo bardzo ściśle odróżnia wpływ na przebieg gruźlicy oddychania: zniesionego, zmniejszonego i wzmożonego. Zarówno zniesienie oddychania, jak i zwiększenie »wielkości oddechu«, właściwego danej okolicy płuc sprzyja gojeniu się gruźlicy; zmniejszenie (względne — t. j. w stosunku do wielkości fizyologicznej, danej okolicy właściwej) — sprzyja postępowi gruźlicy.

Ale dla Tendeloo ten wpływ nie zależy bezpośrednio od wahań w »wielkości oddechu«, t. j. od większego lub mniejszego spokoju tkanki; jestto wpływ pośredni, po przez zmiany w krążeniu krwi i limfy.

O ile mamy do czynienia z właściwym gruzełkiem t. j. z guziczkiem łącznotkankowym, nie może być mowy o wpływie przez krążenie krwi, bo niema naczyń krwionośnych w gruzełku; a w innych ogniskach gruźliczych nie gra krążenie krwi roli większej. Natomiast ten wpływ, jaki wywierają ruchy oddechowe na krążenie limfy, pozwala na

[1]) Metodę unieruchomienia płuca przez uciśnięcie plastrami klatki piersiowej stosował jeszcze niedawno, bo w roku 1905. Stuart Tidey.

uzależnienie zmian w tkance gruźliczej od »wielkości oddechu«.

Zdaniem Tendeloo kierunek zmian rozpadowych w ognisku gruźliczem zależy od tego, co w niem przeważa: czy energiczniejszy odpływ, czy też energiczniejsze wytwarzanie się jadu (bo od tego zależy stężenie jadu w danym odcinku tkanki płucnej). Jeżeli — ceteris paribus — w dwu okolicach płuc wytwarzanie się jadu i jego odpływ są równie silne, wówczas gruzełek będzie tu i tam rósł równomiernie. Jeżeli w pewnej okolicy przeważa wytwarzanie się jadu — tam też gruzełek będzie rósł bujniej. Tam zaś, gdzie przeważa odpływ, tam gdzie energia przepływu limfy będzie bardzo wzmożona, tam gruzełek będzie się zmniejszać, a nawet może zaniknąć.

I w sprawie postępu choroby gra znowu rolę energia ruchu limfy: zupełne zatrzymanie prądu limfy tamuje szerzenie się gruźlicy; średnia szybkość tego prądu sprzyja osiadaniu zarazków, a znów bardzo szybki prąd, zmywający zarazki, jest przez to czynnikiem dodatnim.

Tę teoryę Tendeloo porównywa obrazowo Kuhn do stosunków panujących w kanalizacyi, u której punktu wyjścia zalegają masy, mające uledz wydaleniu; jeśli przez kanały nie przebiega wcale żaden prąd — wszystko pozostaje tam, gdzie było; przy pędzie małym i powolnym — cały układ kanałów zostaje zamulony; prąd silny i bystry unosi wszystko z sobą i szybko oczyszcza kanały.

To wszystko tyczy się w równym z układem limfatycznym stopniu i układu krwionośnego, o ile on przyczynia się do przenoszenia zarazków i usuwania jadów; albowiem ruchy oddechowe w stopniu znacznym wpływają też i na szybkość ruchu krwi w układzie krążenia małego. To też wraz z uciśnięciem powstaje w płucu coraz wybitniejszy zastój żylny; i temu stanowi płuca przypisują znaczenie lecznicze, w sensie poglądów Biera.

Nieco inaczej na pożytek uciśnięcia i unieruchomienia płuca patrzy Harras. Według niego wartość tego stanu polega na umożliwieniu fizyologicznej tendencyi chorego płuca do kurczenia się. Powstawaniu marskości płuc, do czego prowadzi większa blizna, stoi na przeszkodzie niepodatność klatki piersiowej. Powstawanie kurczącej się blizny zmniejsza objętość płuca; to zmniejszenie nie może się odbywać bez wyrównania, w danym razie (wewnątrz klatki piersiowej) bez wyrównania przestrzennego. Dzieje się ono w stopniu niewielkim kosztem rozedmy części płuca do blizny przylegających, kosztem ustępliwości przepony, śródpiersia, międzyżebrzy. Ale gdzie blizna jest wielka, tam nieustępliwa klatka piersiowa stanowi zbyt wielki opór dla wątłej tkanki ziarninowej i uniemożliwia twarde zabliźnienie. Ten opór niknie z chwilą, kiedy sztucznie otoczymy płuco sprężystym gazem.

W swych poglądach na rolę leczniczą unieruchomienia ciężko chorego płuca zgadza się Harras z Forlaninim, Tendeloo i innymi. Przy małych zmianach w płucu jest pożądane zwiększenie oddychania, lepsze utlenienie, t. j. odżywianie płuc, ponieważ chodzi tu o takie wzmacnianie zdrowej lub mało zmienionej tkanki płucnej, by stanowiła ona zaporę dla dalszego szerzenia się choroby; w przypadkach daleko posuniętych mamy na celu zupełnie inny sposób gojenia: odgraniczanie już zniszczonych części płuca od zdrowych — zapomocą blizn łącznotkankowych.

Że zaś takie blizny tworzą się pod wpływem unieruchomienia i ucisku, pouczają zarówno doświadczenia na zwierzętach, jako też i sekcye przypadków, w których śmierć nastąpiła po stosowaniu sztucznej odmy piersiowej.

Co do doświadczeń na zwierzętach, to dla poparcia teoryi powyższych czyniono następujące: Bacmeister zakładał młodym zwierzętom wkoło górnej części klatki piersiowej pętlicę z drutu; przy dalszym wzroście zwierząt ta część tułowia, a więc i szczyty płuc nie mogły się rozrastać. Kiedy tym zwierzętom zaszczepiono (przez krążenie krwi) laseczniki gruźlicy, — ogniska gruźlicze powstawały w tych właśnie częściach płuc, które oddychały słabiej i do których mniej krwi i limfy dopływało; wbrew przeciwny wynik otrzymano, stwarzając sztucznie przekrwienie żylne.

Tiegel, chcąc sztucznie wywołać zastój żylny w płucach, podwiązywał żyły jednego płuca; wstrzyknięcie hodowli laseczników gruźliczych wywoływało w płucu prawidłowo ukrwionem silny rozwój gruźlicy, w płucu zastoinowem — o wiele słabszy. Takiż sam wynik otrzymał Tiegel, kiedy naprzód zaszczepił zwierzęciu gruźlicę, a po jakimś czasie wywoływał sztucznie zastój żylny: gdy w płucu nieprzekrwionem rozwijała się rozlana sprawa serowata, w płucu zastoinowem spostrzegano ogniska gruźlicze nieliczne, dobrze ograniczone, mające małą skłonność do zwyrodnienia serowatego; w tem też płucu widoczne było tworzenie się odczynowe tkanki łącznej (sprawa była u wszystkich zwierząt zbyt świeżej daty, by można było oczekiwać wyraźnego gojenia się przez otorbienie ognisk tkanką łączną). W płucu zastoinowem te płaty były najmniej przez gruźlicę zajęte, których żyły najbardziej były zwężone.

Wpływ ucisku na płuco zdrowe pierwszy zbadał T. Dunin. Wywoływał on (przeważnie u kotów) przez częste wstrzykiwanie żelatyny do opłucnej wysięk zapalny, uciskający płuco. Wśród szeregu zmian, jakie potem spostrzegał na sekcyi, wyróżnia nowotworzenie kurczącej się tkanki bliznowatej.

U zwierząt chorych na gruźlicę sprawę tę badał pierwszy Bruns; wytwarzał on sztuczną odmę piersiową i przekonał się, że odma nietylko unieruchomia płuco, wpływając przez to dodatnio na skłonność do gojenia się (tam gdzie ona istniała), ale równie, że odma opłucnej — przez niedodmę płuc — prowadzi do nowotworzenia tkanki łącznej, więc do otorbienia ognisk gruźliczych.

Badania zwłok ludzi, zmarłych po stosowaniu im przez czas dłuższy sztucznej odmy, doprowadziły Graetza do następujących wniosków:

1. Unieruchomienie płuca gruźliczego pociąga za sobą zatrzymanie się sprawy gruźliczej z następnem jej wygojeniem.

2. Wygojenie wyraża się w otorbieniu ognisk zserowaciałych i organizacyi łącznotkankowej spraw zapalnych.

3. Odczynowe nowotworzenie tkanki łącznej jest skutkiem zwolnienia obiegu limfy i zmniejszonego wsysania toksyn gruźliczych.

4. Wynik ucisku, stosowanego w celach leczniczych, zależy od doskonałości (pełności) odmy i od siły ucisku, niepozwalającej na rozszerzenie się płuca.

5. Zapalna (pneumoniczna), cechująca się wybitną skłonnością postępową, postać gruźlicy płuc, mniej się na-

daje do leczenia przez ucisk, aniżeli guzkowe postacie gruźlicy.

6. Niedodma płuc sprzyja, jak to wykazały doświadczenia, wnikaniu ciał obcych do dróg limfatycznych. Stać-by się to mogło powodem przeniesienia zarazka z płuca chorego do gruczołów, a potem do płuca zdrowego. Ani w swoich ani w obcych przypadkach Graetz nic podobnego na sekcyi nie napotkał. W spostrzeżeniach klinicznych również podobnego przypadku niema.

7. Przebicie ogniska serowatego i rozległe zapalenie opłucnej stanowią niebezpieczne powikłanie sztucznej odmy piersiowej.

Zupełnie podobne wyniki badań opisuje Warnecke. Widział on w płucu, które było sztucznie odmą uciśnięte: ogromny rozwój tkanki łącznej, otorbiającej ognisko gruźlicze, kurczącej się i zabliźniającej sprawę swoistą.

Forlanini na zasadzie swoich badań pośmiertnych dowiódł, że w dobrze przez odmę uciśniętej tkance (płucnej) nie mogą powstać świeże nacieki gruźlicze; gdy gruźlica prosówkowa zajęła całe płuco nieuciśnięte, to wolne od tej sprawy były wszystkie uciśnięte przez gaz części płuca drugiego.

Jak sobie przedstawić możemy — na podstawie powyższych danych — działanie sztucznej odmy piersiowej na płuco dotknięte ciężką gruźlicą?

Ucisnąwszy płuco, przeistoczyliśmy narząd stale ruchomy — na narząd nieruchomy; narząd zawierający powietrze — na narząd bezpowietrzny. Już to samo upodobnia tak przeistoczone płuco do tych narządów, w których gruźlica niema tendencyi rozpadowej, ale raczej miewa charakter sprawy produktywnego nowotworzenia. Istniejące w płucu chorem jamy zostały zaciśnięte, ich ściany zbliżone, co umożliwia ich zupełne zagojenie. Z płuca, jak z gąbki, wyciskamy wszelką zawartość. Zapadnięcie się oskrzeli uniemożliwia przenoszenie się wydzieliny, zawierającej zarazki, na zdrowe części płuca. Ucisk drobnych tętnic i naczyń limfatycznych — to znaczy zmniejszone wsysanie się toksyn, o czem świadczy spadek ciepłoty, poprawa stanu ogólnego, powiększenie się ilości opsonin we krwi. Krążenie krwi zostaje zwolnione, wywołując zastój żylny, co nietylko działa ujemnie na sprawę zakaźną, ale też sprzyja nowotworzeniu tkanki łącznej.

Wszystkie te zmiany w płucu występują powoli, zależą w wielkim stopniu od naszej woli i umiejętności, dają się niejako dawkować.

To też ani sposób powstania ani przebieg i obraz ogólny odmy sztucznej nie przypomina odmy piersiowej, występującej samorodnie jako powikłanie gruźlicy płuc.

Oto jaki obraz odmy samorodnej podaje Sokołowski: »Osobnik... raptownie doświadcza gwałtownego bólu w piersiach z uczuciem jakby rozrywania się w nich czegoś; jednocześnie prawie zjawia się niezwykle mocna duszność, uniemożliwiająca najmniejszy ruch i czynności. Chory czuje, że dusi się formalnie, co wyraźnie zaznacza słabym i ledwo dosłyszalnym głosem; przyjmuje on najchętniej pozycyę siedzącą z podpartą o ręce głową; pokryty bywa obfitym zimnym potem; twarz jego wyraża uczucie mocnego przestrachu; gałki oczne mocno się wypuklają; twarz z początku blada, przejawia stopniowo odcień sinawy; chory wykonywa bezustannie szybkie ruchy oddechowe; puls faluje mocno; łaknie on ciągle powietrza, każe szeroko otwierać okna, zdradzając ciągle mocny niepokój i obawę śmierci«.

Zaprawdę — obraz »pełny wysokiej dla chorego i jego otoczenia dramatyczności«.

Dodajmy do tego zajęcie jamy opłucnej wysiękiem ropnym, a obraz grozy, jaki wywołuje w nas słowo »pneumothorax«, będzie zupełny.

Jakże jednak różni się od tego powstanie i przebieg lekarsko dawkowanej odmy piersiowej sztucznej!

Ból bardzo nieznaczny — z ukłucia; ból mocniejszy, jeśli ciśnieniem znaczniejszem staramy się rozerwać zrosty, ale nigdy ani nagły, ani choćby w stopniu jakimś niewielkim podobny do wyżej opisanego, ponieważ ilość gazu jest stosowana do warunków w danej chwili w klatce piersiowej panujących; ilość ta wzrasta wogóle bardzo wolno, jest stale nadzorowana. Nagłe powstanie odmy samorodnej wywołuje groźne, burzliwe zakłócenie w krążeniu; przy odmie sztucznej, stopniowo przez tygodnie wytwarzanej, narząd krążenia zupełnie się przystosować umie do nowych warunków; odma samorodna jest najczęściej zakażona, odma sztuczna — prawie zawsze jałowa.

Ta w swej ilości do celu stopniowego unieruchomienia płuca dostosowana, do stałego zaciśnięcia jam, do uciśnięcia dróg limfatycznych, wywołania przekrwienia biernego celowo używana odma sztuczna może przez swój rozwój powolny i długotrwałość skutecznie pomódz ustrojowi w jego walce z gruźlicą, pomimo swego pozornego podobieństwa do odmy piersiowej samorodnej.

Wspomniane zmiany anatomo-patologiczne i czynnościowe, powstające w następstwie odmy piersiowej sztucznej, objawiają się klinicznie bardzo różnie, zależnie od bardzo wielu czynników.

Jeśli odma piersiowa sztucznie wytworzona udała się, t. j. ucisnęła ze wszystkich stron płuco chore, widzimy przedewszystkiem stopniowe znikanie objawów toksycznych: cera chorego poprawia się, ciepłota spada do poziomu prawidłowego, mijają poty, powraca apetyt (nie zawsze — o czem dalej); plwocina w pierwszych czasach wydziela się w większej ilości, wreszcie przy zupełnym ucisku zupełnie lub prawie zupełnie znika; nikną z plwocin włókna elastyczne i laseczniki gruźlicze. Jak wykazał Pigger (z Davos), a po nim Carpi (z Pawii), wskaźnik opsoniczny krwi wznosi się ponad poziom prawidłowy i pozostaje takim stale. Waga ciała, nawet w przypadkach zupełnego wyleczenia, nie wzrasta w tym stopniu, jak to widujemy przy wyleczeniu metodą sanatoryjną (prawdopodobną tego przyczyną jest niedoskonała przemiana materyi z powodu względnego braku tlenu). Nie mniej jednak ustąpienie objawów schorzenia płuc i schorzenia całego ustroju, ustąpienie objawów toksycznych, dobry stan podmiotowy chorego nawet przy braku wzrostu wagi — świadczą o pomyślnym zwrocie w przebiegu choroby.

Za wcześnie jeszcze mówić danemi statystycznemi o wartości metody, za mały na to posiadamy materyał; co główna, ten materyał nie nadaje się wogóle do zestawień schematycznych, tak bardzo jest różnolity: każdy przypadek tak ciężki, że daje prawo do zastosowania omawa

nej metody, wymaga szczegółowego indywidualizowania stanu przedoperacyjnego i przebiegu pooperacyjnego.

Dla tego n. p. Prof. L. Brauer (z Hamburga) i L. Spengler (z Davos), podając w r. b. na 335 stronnicach historye chorób swych 102 przypadków, w których udało im się (na 128 operowanych wogóle) wytworzyć mniej lub więcej doskonałą odmę sztuczną. — nie podają wcale zestawienia ostatecznego otrzymanych wyników.

Część tych przypadków (40) zestawił poprzednio statystycznie L. Spengler; wyniki były następujące:

I.	bardzo dobry	w 18 przypadkach	= 45 %	} 62.5%
II.	dobry	w 7	»	= 17,1 %	
III.	mierny	w 6	»	= 15%	
IV.	przejściowy	w 6	»	= 15%	
V.	niepowodzenie	w 3	»	= 17¹/₁%	

Spengler za bardzo dobry uważa wynik w tych przypadkach, w których doskonała odma sztuczna trwała dostatecznie długo, chorzy zostali klinicznie wyleczeni, nie mają wcale plwociny lub mają plwocinę bez laseczników.

Do grupy II. zalicza te przypadki, w których odma nie mogła być doskonałą z powodu zrostów lub w których nieustępliwe nacieki płuc nie zostały uciśnięte zupełnie; tu gruźlicę ciężką, postępującą, z obfitą plwociną, w rozwoju zatrzymano.

Do grupy III. zalicza przypadki, w których odmą nie zdołano ucisnąć części płuca schorzałych; otrzymano jedynie skurczenie się (marskość) płuca wraz z wyraźną poprawą objawów miejscowych i ogólnych.

Grupa IV. obejmuje ciężko chorych z rozległemi zmianami i wielkiemi jamami w płacie górnym; w tych przypadkach poprawa była przemijająca.

Do grupy V. należą: 1) przypadek śmierci wskutek zatoru gazowego podczas reinsuflacyi: pod bardzo wysokiem ciśnieniem wprowadzano gaz do niewielkiej istniejącej otorbionej odmy; nagle chory uczynił szybki ruch ręką — igła zboczyła i wpadła, widocznie, do jakiejś żyły płucnej; 2) dwa przypadki rozwinięcia się — nieczynnych w chwili rozpoczęcia leczenia — ognisk w płucu drugiem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Zapiski lecznicze z Kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dyrektor: Prof. W. Jaworski).

I. Doniesienie.

1. Theosalina.

Wytwór syntetyczny, składający się z teobromku sodu (theobrominnatrium) i sulfosalicylanu sodowego (natrium sulfosalicyl), w którym grupa sulfonowa podstawiona w miejsce wodoru.

$$C_7\ H_7\ Na\ N_4\ O_2\ C_6\ H_3 \begin{matrix} OH \\ SO_3\ Na \\ COO\ Na \end{matrix}$$

Jestto więc czyste chemiczne połączenie, podobne rodzajowo i budową do diuretyny, ale przez podstawienie grupą sulfonową w miejsce wodoru ma więc swoiste farmakodynamiczne działanie.

Jestto proszek bezbarwny, łatwo w wodzie rozpuszczalny, zawierający 38·6% teobrominy. W handel wprowadzony przez fabrykę przetworów chemicznych Gedeona Richtera w Peszcie. Dawka jego wynosi 3 gr. dziennie.

Skutek leczniczy ma pochodzić od rodnika kwasu albuminotropowego i sulfosalicylowego, jak również od działania moczopędnego zasad ksantynowych. Dlatego też stosowanie teosaliny byłoby tam wskazane, gdzie chodzi o wydalenie z ustroju płynów, zawierających białko.

Podawanie więc teosaliny ma być skuteczne w wysiękach i przesiękach wszelakiego rodzaju. Właściwe jej działanie polega na tem, że rodnik kwasu salicylowego łączy się z istotą białkowatą w rozczynie będącą, wytrąca z niej włóknik w postaci drobnego osadu, a nie w postaci długich pasm włóknistych, któreby trudniej uległy wessaniu. Drugie działanie teosaliny, moczopędne, polegać ma na wzmożonej czynności nerek.

Z tego założenia wychodząc, należałoby, według Richtera, stosować teosalinę we wszystkich ostrych i przewlekłych zapaleniach nerek podczas wodnistości krwi, jakoteż w ogólnych obrzękach, czy to na tle niedomogi mięśnia sercowego, czy to w niedomodze i marskości nerek.

W tutejszej klinice medycznej stosowano teosalinę we wszystkich wyżej wspomnianych stanach, a więc w obrzękach przy niedomodze mięśnia sercowego (w 8 przypadkach), w marskości wątroby (1 przypadek), w ostrem zapaleniu nerek (2 przypadki), w marskości nerek (3 przypadki).

We wszystkich tych przypadkach, z wyjątkiem jednego, nie zauważono po podaniu przez 6 dni teosaliny po 3 gr. dziennie żadnej poprawy. Ilość moczu, jakoteż ilość białka w moczu nie uległa żadnej zmianie. Wogóle wszystkie objawy chorobowe pozostały bez zmian na lepsze, a w jednym przypadku (Insuff. valv. aortae c. myocarditide) ilość moczu zmniejszyła się o 400 po jednej dobie (z 900 na 500 gr.).

W jednym tylko przypadku marskości nerek (nephritis interstitialis chronica) po podaniu 3 gramów teosaliny ilość moczu, która przedtem, mimo podania w znacznych dawkach diuretyny (4 gramy dziennie) była 600—800 gr. na dobę, znacznie się zwiększyła, tak że po dwóch dniach dochodziła do dwóch tysięcy, a ilość białka znacznie się zmniejszyła; i tak przed podaniem teosaliny wynosiła 2·4%, a obecnie waha się między 0·6 a 0·8%. Obrzęki na kończynach dolnych znacznie się zmniejszyły, jakoteż duszność, która przedtem była bardzo znaczna, ustąpiła.

Aczkolwiek teosalina teoretycznie jej przypisywanych wskazań nie spełnia, może ona działać w pewnych, dotąd jeszcze bliżej nieokreślonych, przypadkach chorobowych i warunkach nam nieznanych.

2. Bilen.

Jestto przetwór, wyrabiany przez pracownię chemiczno-farmaceutyczną dra Eggera i J. Eggera w Peszcie, wprowadzony w handel i reklamowany jako łagodny i fizyologiczny sposób przyspieszający ruchy robaczkowe jelit, głównie jelita grubego. Czynnikiem działającym w bilenie są kwasy żółciowe (acid. aethylocholalicum). Już dawniej u ludu wiadomem było, że w żółci znajdują się składniki, przyspieszające ruchy robaczkowe jelit. Nowoczesne badania w tym kierunku przeprowadzili Schüpbach (Zeitschr. f. Biologie 1908 S. 1) i Francuzi Hallian i Nepper (Comptes rend. de la Soc. de biologie 1907 Nr 182). Udowadniali oni, że kwasy żółciowe jako takie, wywołują już to pojedyncze, już to skombinowane skurcze w dolnym odcinku jelita cienkiego, głównie zaś w jelicie grubem.

Następne doświadczenia na zwierzętach w tym kierunku przeprowadzili Gust. Singer i K. Glaessner i przekonali się, że żółć, wstrzyknięta do kiszki stolcowej, wywoływała po kilku minutach obfity stolec. W dalszych doświadczeniach, systematycznie na ludziach przeprowadzanych, udowodnili ci badacze, że głównym czynnikiem w żółci,

działającym na ruchy robaczkowe jelit, są kwasy żółciowe i że przy najuporczywszych zaparciach stolca, po wstrzyknięciu kwasów żółciowych do odbytnicy już po 10 lub 15 minutach był zawsze obfity stolec, który zupełnie odpowiadał prawidłowemu. Dalszych badań w tym kierunku dokonał Magnus; starał się on udowodnić, że żółć, względnie jej składniki, t. j. kwasy żółciowe, zajmują obecnie pierwszorzędne stanowisko między środkami przeczyszczającymi, głównie dlatego, że po podaniu ich następuje stolec zupełnie prawidłowy jak w fizyologicznych warunkach, a nie, jak po wszystkich innych środkach przeczyszczających.

Wskazania do podania przetworów z kwasów żółciowych (bilenu) przez odbytnicę w postaci czopków według Glaessnera i Tingera są następujące: 1) Zaburzenia ruchowe w odbytnicy, 2) porażenie jelit pooperacyjne, 3) przewlekłe zapalenie otrzewnej, wreszcie u obłożnie chorych, u których zachodzi potrzeba szybkiego wywołania stolca.

Fabryka Eggera wyrabia takie czopki, których głównym składnikiem działającym są kwasy żółciowe pod nazwą bilenu i poleca podawać dwojakiego rodzaju czopki, oznaczone liczbami; i tak czopki opatrzone Nr I zawierają 0·30 kwasów żółciowych (acid. aethylocholalicum), zaś Nr II zawierają 0·50 tychże kwasów; pierwsze nazwane są słabsze, a drugie mocniejsze.

W tutejszej klinice stosowano bilen w 38 przypadkach przewlekłego zaparcia stolca u obłożnie chorych, jakoteż w stanach porażenia jelit.

Po założeniu jednego czopka bilenu Nr I, (t. j. o zawartości 0·30 acid. aethylocholalic.), pojawiał się po 10 minutach, a najpóźniej po półgodzinie przeważnie u wszystkich chorych stolec obfity papkowaty. Wszyscy ci chorzy skarżyli się na silne parcie i na bóle w dolnej części brzucha przed oddaniem stolca. U chorych nieprzytomnych, jakoteż u takich, którzy pod jakąkolwiek postacią zażywali morfinę, czasami i trzy czopki stolca nie sprowadzały.

Badania chemiczne czopków bilenu wykazało obecność kwasów żółciowych i masła kakaowego bez gliceryny.

Wobec tego próbowano działania soli sodowej kwasów żółciowych (natrium choleinicum) w postaci czopków w ilości 0·30 i 0·50 na jeden czopek, a działanie tych czopków zupełnie odpowiadało działaniu bilenu. Dlatego uważam za stosowne użyć zamiast bilenu, którego cena (sześć czopków 2·50 K), soli sodowej kwasów żółciowych w postaci czopków, które mogą być zawsze świeżo sporządzone (cena dziesięciu takich czopków wynosi 2 K 60 h)

3. Peristaltin.

Jestto glikozyd, wyrabiany z kory szakłaka Pursha (rhamnus purshiana), względnie syntetycznie zestawiony z pewnej grupy chemicznej glikozydów, który ma tę wyższość nad innymi przetworami wyrabianymi z kory szakłaka Pursha, jak n. p. Cascara Sagrada, że składa się zawsze z pewnej ilości stale działających środków i działanie jego ma być stałe i pewne. Kaskara sagrada i jej pokrewne środki nie zawierają nigdy stałej ilości środków, które działają, dlatego też działanie ich jest różne i niepewne.

Peristaltyna jestto proszek żółty, nieco hygroskopijny, krystaliczny, łatwo w wodzie rozpuszczalny; ogrzany nieco ulega rozkładowi hydrolitycznemu. Dopiero niedawno została odkrytą, aczkolwiek znajduje się w korze szakłaka w znacznie większej ilości, aniżeli dotychczas w tej korze znaleziony składnik, t. j. triomethyl-antrachinon.

Należy zwrócić na to uwagę, że z peristaltyny, która jest głównym składnikiem wyciągu sagradowego, nie można otrzymać związków antracenowych. Można ją więc podawać nawet w większych dawkach bez wywołania jakiegoś ubocznego działania, n. p. nudności lub wymiotów, podczas gdy w większych dawkach podany wyciąg z cascara sagrada) sprawia, jak Combemale zauważył, u psów wymioty i stolce krwawe.

Peristaltyna, jako nowy glikozyd z kory szakłaka Pursha wyrabiany i w handel wprowadzony przez fabrykę przetworów chemicznych w Bazylei, ma być ze wszystkich szkodliwych składników oczyszczona i nie trująca nawet w większych dawkach.

Obecnie dokonują się dalsze dokładniejsze badania w tejże fabryce z udziałem Prof. dra Tschirschena, dyrektora zakładu farmakologicznego w Bernie. O ile dotychczasowe badania wykazały, peristaltyna w ten sposób działa, że najpierw ulega wessaniu i dopiero po wessaniu jako produkt rozpadowy wydziela się przez jelita i działa na przyspieszenie ruchów robaczkowych jelit.

Peristaltynę podaje się w postaci pastylek w ilości 0·10 do 0·15 dziennie (2—3 pastylki), lub podskórnie w ilości 0·5 w jałowo przyrządzonych ampułkach. W ten więc sposób, jak podaje ogłoszenie, podana peristaltyna ma działać jako środek wypróżniający. Po zażyciu 2—3 pastylek lub po wstrzyknięciu podskórnie w ilości 0·5 gr. działa po dziesięciu godzinach i wywołuje 2—3 stolce papkowate i obfite. W moczu nie zauważono po podaniu peristaltyny niczego nieprawidłowego. Ma ona też działać leczniczo na przewlekłe zaparcie stolca, zwłaszcza na tle nerwowem. Według reklamy dodatnią stroną peristaltyny jest jeszcze i to, że chorzy się do niej nie przyzwyczajają i że dawki peristaliyny, przeciwnie, jak to bywa przy innych środkach przeczyszczających, nie trzeba zwiększać, lecz nawet w pewnych odstępach czasu dochodzi się do tego, że nawet już w najmniejszych dawkach peristaltyna wywołuje stolce, wreszcie i bez peristaltyny mają być stolce regularne. I tak leczniczo podaje się w pierwszym tygodniu 2—3 pastylek codziennie, a w następnych tygodniach schodzi się do jednej względnie do $^1/_2$ pastylki, która ma z czasem ten sam skutek.

W tutejszej klinice medycznej stosowano peristaltynę w 46 przypadkach zaparcia stolca i to głównie w zaparciach przewlekłych, tak wewnętrznie przez jamę ustną, jakoteż podskórnie w dawkach wyżej podanych.

Po wstrzyknięciu podskórnem wszyscy chorzy skarżyli się na dotkliwy ból w miejscu wstrzyknięcia, trwający 24 godzin, a u niektórych chorych nawet kilka dni; nacieku w miejscu wstrzyknięcia nie zauważono. Skutku wyraźnego po peristaltynie nigdy nie było, niektórzy chorzy wprawdzie po 12 godzinach mieli stolec, ale nie bardzo obfity. (Przed stolcem zwykle były bóle w całym brzuchu tak, że potem uciekano się do innych środków przeczyszczających).

Podawano też często stosownie do przepisu peristaltynę w postaci pastylek. U niektórych chorych z początku po 3 pastylkach był jeden lub dwa stolce po 12 godzinach, wszyscy jednak chorzy skarżyli się na parcie i silne bóle kłujące w całym brzuchu. U takiego chorego, u którego pierwszy raz 3 pastylki wywołały stolec lub dwa stolce, podano po kilku dniach 5 pastylek, lecz bez najmniejszego skutku, a więc wręcz przeciwnie, niż ogłoszenie powiada. U nas trzeba było stale dawkę zwiększać i to nieraz bez skutku. Podobnie też było przy wstrzykiwaniach podskórnych.

Wobec powyższych wyników widzimy, że peristaltyna »Ciba« nie poleca się jako środek przeczyszczający, któryby działał inaczej i lepiej, niż inne tak liczne w użyciu obecnie będące środki przeczyszczające; można ją co najwyżej na równi postawić z innymi, dosyć łagodnie działającymi środkami przeczyszczającymi. Badane w tych przypadkach mocze i stolce u tych chorych nie wykazywały nic nieprawidłowego.

Piśmiennictwo. 1) Pietsch. Über Peristaltin. (Aus dem medizinisch-chem. und pharmakol. Institut der Universität Bern. Direktor Prof. Dr Emil Bürgi). Therap. Monatsh. 1910. Januar. —2) Hagena. Über die Wirkung des Peristaltin Inaug. Dissert. Bern 1911. — 3) Vorläufige Mitteilung über die mit Peristaltin

angestellten Versuche an dem pharmakol. Institut der Universität Marburg. Direktor Prof. Dr Gürber. Münch. med. Woch. 1910. Nr 34 pag. 1812.

Dr Z. Wachtel, asystent kliniki.

Oceny i sprawozdania.

Dermatologische Studien. Tom I. Wydawnictwo poświęcone Prof. P. G. Unnie przez przyjaciół i uczniów. Hamburg, L. Voss. 1911 r.

Orth. **Przyczynek do znajomości kiły wrodzonej.** Autor opisuje na podstawie 394 sekcyi zwłok dzieci częstość różnych objawów kiły wrodzonej tak w skórze, jak i w błonach śluzowych, w kościach i narządach wewnętrznych. O. zwraca przytem uwagę na błąd, często popełniany przez określanie kiły wrodzonej jako dziedzicznej. Jeżeli zdrowe nasienie donosi do zdrowego jaja krętek kiłowy, to możemy mówić o zakażeniu zarodkowem, ale nie o dziedziczeniu; nie popełnimy zaś nigdy błędu, gdy ten stan chorobowy nazwiemy kiłą wrodzoną (syphilis congenita).

Brocq L. **Dermatites polymorphes non douloureuses.** Ze względu na brak znajomości etyologii tych schorzeń skóry uważa B. nazwę derm. polymorphe za syndrom obejmujący dużą grupę, mieszczącą w sobie postacie ostre prawdziwe bez bólów i takież z bólami, a między niemi postacie przejściowe. Z postaci przewlekłych odznaczają się jedne bólami, inne są bezbolesne, jedne są opryszczkowate (herpetiforme), inne nie mają tej cechy. W całej tej grupie zatem zauważyć można bardzo wybitną wielopostaciowość.

Prof. Finger. **O odporności i powtórnem zakażeniu w kile.** Tezę Ricorda o trwałej odporności u kiłowych zbiły ostatecznie doświadczenia ostatnich czasów z jadem kiłowym. Przedewszystkiem stwierdzono bowiem, że jad kiłowy stanowi co do swej żywotności stałą wielkość, a różnice odczynu zależą od podłoża, na którem się jad rozwija. Dziś już mamy dużo dowodów w tym kierunku tak w patologii, jak i w doświadczeniach na zwierzętach. Dalej przyjąć trzeba, że nawroty kiły powstają w około pozostałych zarodków chorobowych. Działanie rtęci przedstawia autor w ten sposób, że lek ten zmienia podłoże do tego stopnia, iż krętki obumierają lub prowadzą żywot saprofitów, — ale ta zmiana podłoża utrzymuje się tylko przez pewien czas. Przebieg kiły przedstawia F. w ten sposób, że jad dostaje się drogą krwi do wszystkich narządów i wywołuje zmiany, najczęściej w skórze lub w błonach śluzowych, w niektórych miejscach zaś pozostaje utajony jako saprofit do pewnego czasu, a rozwija się i działa chorobotwórczo dopiero w jakiejś pewnej chwili. Równocześnie z rozwojem jadu powstają jednak i objawy odporności, które zmniejszają wrażliwość niektórych narządów n. p skóry, a nawet mogą ją zupełnie znieść, czego następstwem jest wyleczenie, albo też pozostaje gdzieś ognisko, które wybucha kiedyś później pod wpływem jakiegoś szkodliwego czynnika. Wrażliwość zatem jak i odporność, tak czasowa jak i miejscowa, ulegają w przebiegu kiły bardzo znacznym wahaniom. Dlatego to spostrzegano czasami, chociaż rzadko, objawy ponownego zakażenia (reinfectio) lub dodatkowego zakażenia (superinfectio), na co autor przytacza jako dowód własne i cudze spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne.

Prof. Goldscheider. **Uwagi epikrytyczne w nauce o punktach ciepłoty.**

Prof. Mibelli V. **Nomenclatura dermatologica.**

Fraenkel E. **O chorobach skórnych przerzutowych przy ogólnych schorzeniach zakaźnych.** Wiadomo powszechnie, że skóra może brać udział w zakażeniach ogólnych, chociaż mikroby nie znajdują w skórze pomyślnych dla swego rozwoju warunków. Znamiennym przykładem jest gruźlica prosówkowa, w przebiegu której rozwój zmian w skórze należy do rzadkich wyjątków. Autor opisuje schorzenia przerzutowe skóry w przebiegu zakażenia ogólnego paciorkowcem, gronkowcem, prątkiem ropy błękitnej (pyocyaneus) i prątkiem Friedländera. Różnice kliniczne tych różnych zakażeń są bardzo wybitne i w schorzeniach skórnych. Prątek Friedländera wywołuje ognisko pojedyncze, ale duże, — gronkowce małe wykwity, ale zazwyczaj liczne, jako ogniska ropne, które poprzedzają czasami wybroczyny. Prątek ropy błękitnej jest przyczyną ognisk krwawo-zgorzelinowych, połączonych niejednokrotnie z pęcherzami, — a paciorkowce, działając na ściany tętnic, wiodą także nierzadko do wybroczyn i w niektórych miejscach do zatorów ciałkami wysiękowemi.

Prof. Audry. **O budowie dymienicy przewlekłej.**

Jamieson W. A. **Metody lecznicze Unny.**

Winkler F. **Leucoderma syphiliticum.** Na mocy swych doświadczeń z naświetlaniem miejsc odbarwionych i skóry wyciętej, w której może się wytwarzać barwik po śmierci (Meirowsky, Königstein), dochodzi autor do wniosku, że komórki podstawowe naskórka w odbarwionych plamach kiłowych nie mogą wytwarzać barwika, a następnie, że w tych przypadkach odbarwienia nie tylko barwik znika, ale zmniejszone jest i jego dostarczanie. Trudno rozstrzygnąć na razie, czy zapalenie swoiste tkanek zmienia chemizm komórek (Brandweiner), czy też zmiany w naskórku wynikają ze zboczeń w naczyniach krwionośnych (Majeff i Hjelmann). Krzyształowicz.

Końcowe sprawozdanie królewskiej [1]) komisyi powołanej do ustalenia stosunków, zachodzących między ludzką a bydlęcą gruźlicą. (Final report of the Royal Commision appointed to inquire into the relations of human and animal tuberculosis. IV. str. 54. Londyn 1911).

Od czasów znakomitych badań francuskiego przyrodnika Chauveau, ustaliła się i nabrała mocy prawie dogmatu nauka o tożsamości gruźlicy ludzkiej i gruźlicy bydlęcej. Ponieważ Chauveau dowodził, że człowiek nabyć może gruźlicy drogą przewodu pokarmowego, oparła się na tej nauce cała społeczna ochrona przed gruźlicą. Aż nagle na kongresie londyńskim wstrząsnął silnie tym dogmatem Robert Koch, występując przeciw ogólnie przyjętym zapatrywaniom w sprawie etyologii i ochrony przed gruźlicą. Wygłosił bowiem zdanie, że gruźlica ludzka etyologicznie różni się od gruźlicy bydlęcej i nie da się przenieść na bydło i wreszcie, że przenoszenie się gruźlicy na ludzi z mlekiem lub mięsem, pochodzącem z gruźliczego bydła jest równie rzadkie, jak przenoszenie się gruźlicy drogą dziedziczenia. Stąd wynikał praktyczny wniosek, którego zresztą nie wahał się Koch wyciągnąć i ogłosić zupełnie stanowczo, że jego zdaniem nie ma najmniejszej potrzeby zapobiegania przeciw temu »wątpliwemu« sposobowi rozpowszechniania się gruźlicy. Zdanie to, wygłoszone przez taką powagę, wywarło olbrzymie wrażenia tak, że Edward VII. powołał w dniu 31. sierpnia 1911 r. komisyę, której polecił zająć się wyświetleniem sprawy i zbadaniem stosunków, zachodzących między gruźlicą ludzką i gruźlicą bydlęcą.

Komisya ta, której przewodniczył pierwotnie zmarły profesor fizyologii w Uniwersytecie w Cambridge, Sir Michał Foster, a później W. H. Power, składała się z następujących członków: G. Sims Woodhead, profesor patologii we wspomnianej wyżej wszechnicy, Sidney H. C. Martin, profesor patologii w »University College« w Londynie, I. Mc. Fadyean, profesor porównawczej patologii i bakteryologii w »Royal Veterinary College« i Sir Rubert W. Boyce, profesor patologii w »University College« w Liwerpolu, zmarły w kilka miesięcy przed ogłoszeniem końcowego sprawozdania.

Następujące trzy pytania postawiono tej komisyi: 1) czy gruźlica u zwierząt i u ludzi jest jedną i tą samą chorobą? 2) czy zwierzęta i ludzie mogą się wzajemnie zaka-

[1]) Angielskiej.

żać?, 3) w jaki sposób, jeżeli to wogóle możliwe, przenosi się choroba ze zwierzęcia na człowieka i jakie okoliczności przenoszenie się to ułatwiają, a jakie utrudniają?

W pierwszem, wstępnem sprawozdaniu w roku 1904 ogłosiła komisya, że prątki, znalezione w ogniskach gruźliczych u ludzi, wywołują u zwierząt chorobę, która się niczem nie odróżnia od gruźlicy bydlęcej. Drugie sprawozdanie, ogłoszone w r. 1907, poświęcono szczegółowemu wyświetleniu sprawy gruźlicy ludzkiej i gruźlicy bydlęcej. W trzeciem sprawozdaniu, z r. 1909, podano wynik badania warunków, w jakich mleko, pochodzące z gruźliczych krów, jest zakaźnem.

Obecna publikacya, która stanowi końcowe sprawozdanie komisyi, obejmuje sprawę badaną w całej już rozciągłości, oraz przynosi szereg przyczynków nowych i ważnych.

Pierwszym faktem, stwierdzonym przez badania królewskiej komisyi, jest to, że niema żadnej różnicy pod względem morfologicznym między obydwoma typami prątka gruźliczego, między typem ludzkim i typem bydlęcym. Różnią się zaś między sobą tylko różne odmiany prątków zwierzęcych i to i co do cech hodowli i co do siły chorobotwórczej. Różnicą, jaką można stwierdzić w hodowlach typu ludzkiego i zwierzęcego, jest to, że prątek ludzki rozwija się znacznie plenniej na wszystkich pożywkach. Należy jednak w każdym razie zaznaczyć, że pod tym względem można widzieć cały szereg odmian u prątków gruźliczych pochodzenia zwierzęcego i że trudno pociągnąć ścisłą granicę między prątkiem ludzkim, a tymi z pośród zwierzęcych prątków, które rosną dość bujnie.

Prątek zwierzęcy wywołuje gruźlicę śmiertelną u bydła, u królików, morskich świnek, małp, kóz i świń, zaś prątek ludzki wywołuje gruźlicę, również ze śmiertelnem zejściem, u morskiej świnki i małpy, natomiast u bydła, kóz i świń sprowadza zmiany lekkie i nie postępujące nawet wtedy, gdy zakażono zwierzę wielkiemi dawkami. Zmiany, wywołane przez prątek ludzki u królików, są różnorakie: przeważnie bardzo nieznaczne, a czasem bardzo rozległe, ciężkie, kończące się śmiercią.

W każdym przypadku są morskie świnki i małpy bardzo wrażliwe na działanie obu typów gruźlicy, które wywołują u tych zwierząt zawsze tę samą chorobę, tak pod względem anatomicznym, jak i pod względem histologicznym.

Z drugiej strony mieli członkowie królewskiej komisyi sposobność badania kilku przypadków gruźlicy u człowieka, wywołanej niewątpliwie i wyłącznie przez prątek bydlęcy. Otóż porównując te przypadki z przypadkami gruźlicy, wywołanymi zakażeniem prątkiem ludzkim, nie mogli stwierdzić żadnej różnicy, i to ani pod względem przebiegu klinicznego, ani pod względem cech anatomicznych. Człowieka należy zatem umieścić w jednym szeregu ze zwierzętami, szczególnie wrażliwemi na działanie prątka gruźliczego bydlęcego.

Co się tyczy jadowitości, to można stwierdzić odmiany prątków, stanowiące niejako przejścia z jednego typu do drugiego. I tak w niektórych przypadkach tocznia i gruźlicy końskiej wyosobnili członkowie komisyi prątki o cechach hodowlanych, właściwych typowi bydlęcemu, które jednak równocześnie okazywały względem bydła i królików siłę chorobotwórczą wcale nie większą, niż się stwierdza na ogół u typu ludzkiego. Różnice hodowlane, któremi się odróżniają od siebie prątek ludzki i bydlęcy, są tylko drobne i dlatego komisya przychyla się do zdania, że oba te typy prątków należy uważać za zwykłe odmiany jednego i tego samego prątka, zmiany zaś wywołane przez jeden i drugi prątek, zarówno u człowieka jak i innych ssaków, za przejawy jednej i tej samej choroby.

Co się zaś tyczy pytania, czy gruźlica ptasia jest tej samej przyrody, co gruźlica bydlęca i gruźlica ludzka, to komisya wyraża zdanie, że w obecnym stanie nauki nie posiadamy dostatecznych dowodów, potwierdzających tę tożsamość.

Drugie pytanie, które miała komisya do rozwiązania, a mianowicie, czy gruźlica może się przenosić wprost z człowieka na zwierzę i na odwrót, przedstawiało wyjątkowe trudności, bo jak wrażliwość zwierząt na zakażenie pochodzenia ludzkiego da się łatwo dowieść doświadczeniem, tak z drugiej strony nie można iść tą samą drogą, chcąc udowodnić, w jakiej mierze wrażliwy jest człowiek na zakażenie pochodzenia zwierzęcego. Jednakże nie wynika z tego, iżby można zaprzeczyć możliwości zakażenia się człowieka gruźlicą bydlęcą. Przeważna część przypadków gruźlicy u człowieka, wywołanej prątkiem bydlęcym, które członkowie komisyi spostrzegali, była to gruźlica gruczołów krezkowych i zaotrzewnych u dzieci. Ale i dorośli mogą również zakazić się prątkiem bydlęcym i tego rodzaju zakażenie może być nawet przyczyną gruźlicy płuc.

Trzecie pytanie, przedłożone komisyi, odnosiło się do warunków, w jakich dokonywa się przenoszenie gruźlicy ze zwierzęcia na człowieka. Pod tym względem należy przedewszystkiem zaznaczyć, że względnie niedużo jest zwierząt skłonnych do ogólnej, ciężkiej gruźlicy pochodzenia ludzkiego, a nadto, że człowiek zwykle nie pożywia się pokarmami z żadnego ze zwierząt bardzo wrażliwych na zakażenie gruźlicą ludzką. Bydło stanowi podłoże mało podatne dla rozwoju prątka gruźlicy ludzkiej, a nawet krowa, która, dotknięta gruźlicą bydlęcą, wydziela z mlekiem prątki bydlęce, nigdy nie wydziela w warunkach naturalnych prątków ludzkich. Udało się wprawdzie na drodze doświadczenia znaleść prątek gruźlicy ludzkiej w mleku krowy i kozy, lecz, aby to uzyskać, trzeba było zaszczepić bardzo wysokie dawki hodowli; tylko w tych warunkach dostaje się prątek ludzki do krwi zwierzęcia, a stąd do przewodów mlecznych i do mleka.

Nie możnaby z drugiej strony zapewnić w sposób stanowczy, że człowiekowi zupełnie nie zagraża niebezpieczeństwo zarażenia się gruźlicą ludzką za pośrednictwem pokarmów zwierzęcych. Należy bowiem uważać nierogaciznę za możliwe źródło gruźlicy u człowieka, wywołanej prątkiem typu ludzkiego. Nadto należy zwrócić uwagę, że po za bydłem nierogacizna jest jedynem powszechnie pożywanem przez człowieka zwierzęciem, u którego, jak stwierdzili członkowie królewskiej komisyi, prątek bydlęcy wywołuje zwykle zmiany postępujące. Członkowie komisyi znaleźli prątki bydlęce w dostatecznej liczbie przypadków gruźlicy u świń, by mieć podstawę do zwrócenia uwagi na to niebezpieczeństwo.

Na 128 przypadków gruźlicy u dorosłych z zejściem śmiertelnem, znaleźli członkowie komisyi w olbrzymiej przewadze przypadków, szczególnie gruźlicy płuc, prątek typu ludzkiego jako czynnik chorobotwórczy. Zgoła inaczej przedstawiała się sprawa w przypadkach gruźlicy brzusznej, szczególniej u dzieci. Pomiędzy dziećmi, zmarłemi na gruźlicę narządu trawienia, prawie u połowy stwierdzono zakażenie prątkiem bydlęcym, i to nim wyłącznie. To samo źródło zakażenia dało się także stwierdzić w wielu przypadkach gruźlicy gruczołów szyjnych u dzieci i dość często u dorastającej młodzieży.

Opierając się na tym całym szeregu stwierdzonych faktów, uznaje królewska komisya za konieczne, w interesie dzieci i dla ochrony zdrowia publicznego wogóle, utrzymać w całej surowości wszystkie dotychczasowe zarządzenia ochronne ze względu na przemysł mleczarski i oględziny mięsa. Uznaje nawet, że obecne ustawodawstwo w Anglii powinno być zaostrzone.

W przeciwieństwie do wniosków, do jakich doszła ankieta niemiecka, że niebezpieczeństwo wypływające dla człowieka z pożywania mleka i przetworów mlecznych, pochodzących z krów dotkniętych gruźliczem zapaleniem sutka, jest minimalne, komisya angielska zwraca szczególną uwagę na to właśnie niebezpieczeństwo. Przy tej sposobności jak

najdobitniej podkreśla ten fakt, że prątki gruźlicze bydlęce mogą być nietylko bardzo obfite w mleku krów chorych na gruźlicze zapalenie sutka, ale że nawet mogą się znajdować w mleku krów gruźliczych, nie okazujących żadnych zmian w sutkach, nawet zmian dostrzegalnych na sekcyi. Co więcej, mleko takie, nie zawierające prątków, po opuszczeniu wymienia może się łatwo zakazić od kału lub wydzielin z części rodnych chorego zwierzęcia. Wobec tego komisya angielska jest przekonana, że środki ochronne, zmierzające do zapobiegania spożywania z mlekiem żywych prątków gruźliczych bydlęcych, obniżają znacznie ilość przypadków gruźlicy jamy brzusznej i gruźlicy gruczołów szyjnych u dzieci. Środki ochronne powinny mieć na względzie wszelkie mleko, pochodzące od krów gruźliczych, bez względu na siedzibę schorzenia i bez względu na to, czy dotknięty jest sutek, czy części rodne. Stahr.

Eijkman. **L'internationalisme scientifique** (sciences pures et lettres). Wydawnictwo »Bureau préliminaire de la fondation pour l'internationalisme« w Hadze (6 van Lennepfeg, La Haye) 1911. Stron XII+108 i dopiski.

W roku zeszłym wydał Dr Eijkman, lekarz w Hadze, broszurę p. t. »L'internationalisme médical«, z której i »Przegląd lekarski« zdał sprawę. Broszura ta zawierała wiadomości o wszelkich międzynarodowych instytucyach, korporacych, zjazdach naukowych i t. p. lekarskich, a zmierzała do tego, aby pomiędzy mnogiemi już dziś lekarskiemi instytucyami międzynarodowemi (przeszło 200) stworzyć łącznik i przygotować teren dla rodzaju »Związku związków naukowo-lekarskich«, czuwającego nad odpowiedniem wzajemnem porozumieniem i podziałem pracy. Stanowisko, zajęte przez autora broszury w sprawie organizacyi wszelkich międzynarodowych prac naukowo-lekarskich, było dla nas Polaków dlatego szczególnie interesujące, że zdaniem Dr Eijkmana powinny być wszelkie zjazdy i instytucye naukowe wyemancypowane z pod wpływów politycznych, niezależne od rządów różnych państw, a oparte tylko na instytucyach i korporacyach naukowych różnych narodów; rzecz prosta, że spełnienie się tego postulatu zapewniałoby i nam Polakom sprawiedliwy udział i przedstawicielstwo w pracach międzynarodowych, którego nam dotąd odmawiają.

Obecnie wydana książka Dr Eijkmana, ułożona zupełnie wzorem poprzedniej, dotyczy międzynarodowych instytucyi w zakresie nauk ścisłych i humanistycznych i oprócz tego zawiera ona dopełnienie wiadomości o takichże instytucyach lekarskich. Razem zebrał autor w obu książkach wiadomości o 614 instytucyach międzynarodowych. Wskazując na konieczność stworzenia centralnej międzynarodowej komisyi higienicznej, powołuje się autor na wyniki, osiągnięte dotąd przez międzynarodową komisyę zjazdów lekarskich. Również proponuje autor utworzenie (z siedzibą w Hadze) stałego Biura międzynarodowego nauk ścisłych i humanistycznych, opartego o istniejący już »Międzynarodowy Związek Akademii Umiejętności«. Myśl niewątpliwie doniosła; niestety dla nas Polaków wniosek oparcia owego Biura o »Związek Akademii« nie jest korzystny, bo i w owym »Związku Akademii« pokrzywdzono nas, nie przyznając osobnego przedstawicielstwa naszej Akademii. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

A. Wassermann-Keysser i M. Wassermann. **Przyczynki do sprawy wpływania na nowotwory drogą krwi.** (Deut. med. Woch. 1911, Nr 51). Praca niniejsza, wychodząca pod egidą Wassermanna, dająca przeto pewne rękojmie, wydaje się doniosłą, albowiem podają w niej autorzy, że udało im się leczyć zupełnie bardzo złośliwe nowotwory myszy, i to tak szczepione, jak i samorodne, zapomocą wstrzykiwań śródżylnych połączenia eozyny z selenem. Po ośmiu wstrzykiwaniach wszystkie nowotwory znikały. Wessanie jednak czasem może być tak szybkie, że grozi życiu zwierzęcia. Tok doświadczeń był następujący. Selen i tellur posiadają tę własność, że działają swoiście na tkankę rakową. Chodziło więc o to, by, jak wyraża się Ehrlich, mając gotowy pociąg, znaleść w ustroju dla tych ciał relsy, któreby dobrowadziły je do nowotworu drogą krwi. Takiemi ciałami pośredniczącemi okazały się po długich badaniach barwniki fluoresceinowe, a zwłaszcza eozyna. Zapomocą wstrzykiwań połączenia eozyny z selenem można wywołać szybkie znikanie nowotworów myszy, i to trwałe bez nawrotów, co niejednokrotnie autorowie stwierdzili. Czy i u człowieka skutek będzie podobny, wykażą dalsze badania. Klęsk.

Medycyna wewnętrzna.

Mouriquand i Cremieu. **O leczeniu gruczołem tarczowym przewlekłego gośćca u osobników, dotkniętych wolem.** (Paris medical 1911, Nr 47). U osobników, dotkniętych wolem, gościec stawowy nie pojawia się częściej, niż u zdrowych, bo napotykano go tylko u 8—10% tych chorych. Natomiast zwykł gościec stawowy utrzymywać się u nich bardzo długo i uporczywie. Fakt ten opisywali Lévi, Rotschild, Weil i Mouriquand. Obecnie przedstawiają autorowie szczegółowo cztery nowe historye choroby i dochodzą do wniosku, że przerost gruczołu tarczowego jest czynnikiem, wywołującym przechodzenie gośćca stawowego w stan podostry i znaczne przedłużenie jego trwania. Leczenie wyłączne przetworami salicylowymi bywa wówczas bezskuteczne, a dobre wyniki lecznicze można otrzymać dopiero przez połączenie podawania gruczołu tarczowego (jodotyryny) z przetworami salicylowymi. Dr Blassberg.

Labbé i Violle. **O przekwaszeniu ustroju (acidosis) i leczeniu śpiączki cukrzyczej.** (Paris médical 1911, Nr 43). Dotychczasowe spostrzeżenia wykazały niezbicie, że śpiączkę cukrzyczą można wyleczyć alkaliami. Ponieważ jednak usiłowania lecznicze przy rozwiniętej już śpiączce bywają bardzo często bezowocne, przeto autorowie postanowili zwrócić usiłowania lecznicze ku usuwaniu przekwaszenia ustroju (acidosis), poprzedzającego objawy śpiączki. Wskaźnikiem przekwaszenia ustroju jest amoniak w moczu, którego 1 grm odpowiada w przybliżeniu 6·12 grm. kwasu β.-oksymasłowego. Badania więc moczu chorych, dotkniętych cukrzycą, co do zawartości amoniaku, uważają autorowie za rzecz równie ważną, jak oznaczanie ilości cukru. Ubywanie ilości cukru w moczu niezawsze jest wyrazem poprawy stanu chorobowego i nieraz idzie wręcz w parze z pogorszeniem choroby i wzrostem ilości amoniaku w moczu. Istnienie przekwaszenia ustroju należy przyjąć wówczas, jeżeli ilość amoniaku, która zazwyczaj waha się w moczu między 0·6 a 1 grm w litrze, przekracza tę liczbę. Atoli należy uskutecznić co najmniej cztery z rzędu badania dzień za dniem, przy niezmiennej dyecie, ażeby módz na pewno wyciągnąć odpowiednie wnioski. Jeżeli takie cztery badania wykazują liczbę, przekraczającą granicę prawidłową, lub też podnoszenie się krzywej amoniaku, należy wówczas bezzwłocznie zastosować energiczne leczenie alkaliczne i wyłączyć z dyety tłuszcz i białko i w ten sposób nie dopuścić do powstania śpiączki. Sama acetonurya nie jest, zdaniem autorów, wyrazem grożącej śpiączki cukrzyczej, bo acetonurya może się długo i wybitnie utrzymywać bez żadnych groźnych następstw i na odwrót może śpiączka nagle wystąpić bez poprzedzającej wybitnej zwiastunnej acetonuryi. Dr Blassberg.

S. Predtieczenskij. **Bakteryemia przy płucnej postaci moru.** (Russkij Wracz 1911, Nr 47). Predtieczenskij podkreśla, że o ile w dymieniczej postaci moru znajdowano laseczniki morowe we krwi chorych w znacznej

większości przypadków. osobliwie przed śmiercią, to przy morowem zapaleniu płuc sprawa ta nie była jeszcze badana. Jest nawet mniemanie, że gruczoły oskrzelowe nie przepuszczają laseczników morowych do krwi. P. w czasie ostatniej epidemii moru w Charbinie badał z polecenia. prof. Zabołotnego krew u 15 chorych z płucną formą moru, i pomimo tego, że badanie odbywać się musiało w jak najgorszych warunkach, znajdował zarazki morowe we krwi chorych dość często w pierwszych dniach choroby i bardzo często w ostatnich dniach przed śmiercią.

A. Modrzewski.

Lintwarew. **Niszczenie krwinek czerwonych w śledzionie i wątrobie w warunkach fizyologicznych i patologicznych.** (Russkij Wracz 1911, Nr 46). Badając drobnowidowo wątrobę i śledzionę w jednym przypadku choroby Bantiego, spostrzegł autor w tych narządach komórki swoistego rodzaju. Komórki te wahały się co do wielkości od 14—16 μ, miały protoplazmę ziarnistą i były wypełnione czerwonemi krwinkami w różnej ilości. Takież komórki, tylko przeważnie rozpadające się, spostrzegał autor w wątrobie. Komórki te nazywa autor erytrofagami. Wyniki badań tego przypadku choroby Bantiego zachęciły autora do dalszych studyów w tym kierunku, na mocy których podaje następujące wnioski. Sprawa niszczenia krwinek czerwonych odbywa się w śledzionie, dzięki erytrofagom, które pochłonąwszy krwinki, dostają się z krwią do wątroby i tam rozpadają się, oddając barwik krwi komórkom wątrobnym dla wytwarzania żółci. W stanach patologicznych sprawa niszczenia krwinek przez erytrofagi wzmaga się znacznie. Choroba Bantiego, marskość wątroby, pierwotne powiększenie śledziony (splenomegalia) i niedokrwistość złośliwa nie są chorobami samoistnemi, należą tylko do jednej grupy pierwotnych niedokrwistości i różnią się od siebie tylko jakościowo. Jeżeli na pierwszy plan występują zmiany we krwi, mówimy o niedokrwistości złośliwej; jeśli główne zmiany zachodzą w wątrobie pod postacią rozwoju tkanki łącznej, mówimy o marskości wątroby; jeśli objawy ze strony krwi stanowią objaw podrzędny, a istnieje powiększenie śledziony, mówimy o pierwotnym przeroście śledziony (splenomegalia), zbiór zaś wszystkich wyżej wymienionych objawów składa się na chorobę Bantiego. Marskość wątroby powstaje wskutek drażnienia tkanki łącznej w wątrobie przez produkty rozpadu erytrofagów. Pierwotne powiększenie śledziony powstaje skutkiem takiegoż drażnienia tkanki łącznej produktami rozpadu czerwonych krwinek. Miejscem kruszenia się erytrofagów są ciałka Malpighiego, silne zaś ich rozmnażanie się jest skutkiem działania jadów, powstających w ustroju lub też dostających się doń z zewnątrz. Żółtaczkę krwiopochodną, która powstaje na tle nadmiernego rozpadu czerwonych krwinek, tłómaczy Lintwarew zjawiskami osmozy pomiędzy komórkami wątrobowemi a erytrofagami. Zmiany krwi przy niedokrwistości złośliwej zależne są z jednej strony od nadmiernego niszczenia czerwonych krwinek przez erytrofagi, z drugiej zaś strony od żywej czynności szpiku kostnego, który wysyła wtedy do krwi nietylko dojrzałe, ale też i młode formy czerwonych krwinek. Gruźlica i przymiot zmuszają ustrój do wytwarzania w ciałach Malpighiego fagocytów, niezbędnych do walki z chorobą, które mogą się stawać erytrofagami, co wieść musi do niedokrwistości. Takież tworzenie się fagocytów spostrzegać się daje w gruźlicy i przymiocie nietylko w śledzionie, ale także w gruczołach chłonnych.

Z. Gilewicz.

Pedyatrya.

Mołczanow. **Spostrzeżenia nad odczynem Pirqueta przy chorobach zakaźnych u dzieci.** (Russkij Wracz 1911, Nr 43). Pirquet zauważył, iż skórny odczyn tuberkulinowy nie występuje zwykle odrazu w czasie przebiegu odry, ale zjawia się dopiero po 6—7 dniach choroby. Spostrzeżenie to potwierdzili Hamburger i Wothmann, a w ślad za tem cały szereg autorów stwierdził, iż odczyn Pirqueta nie występuje w przebiegu wielu chorób zakaźnych. Mołczanow zbadał zapomocą odczynu Pirqueta 150 chorych; z tych 42 chorych na odrę, 50 na błonicę, 50 na płonicę, 2 na zapalenie ślinianki przyusznej i 2 na zapalenie gardła. Z 10 chorych na odrę, u których odczyn Pirqueta wykonano raz jeden, tylko w 3 przypadkach na 4—7. dzień choroby wypadł ujemnie, z tych w 2 przypadkach wystąpił dopiero na 10. dzień; z 7 zaś przypadków, w których odczyn wykonano na 11. dzień choroby, w 5 wypadł dodatnio, a w 2 ujemnie. Z 32 przypadków odry, w których odczyn wykonywano po kilkakroć (2—4 razy), wypadł on ujemnie w przebiegu wysypki we wszystkich przypadkach, po zniknięciu zaś wysypki wypadł dodatnio w 15 przypadkach. Powikłania choroby w okresie zdrowienia pod postacią nieżytu oskrzeli, nieżytowego zapalenia płuc i ropnego zapalenia ucha środkowego, nie wpływały ujemnie na występowanie odczynu. Ogółem w 8 przypadkach, w których odczyn wypadał ujemnie w okresie wysypki, występował on w okresie zdrowienia bez powtórnego szczepienia tuberkuliną. W przebiegu płonicy odczyn skórny Pirqueta wykonano raz jeden u 7 chorych: w 3 przypadkach w okresie wysypki wypadł ujemnie; z 4 zaś, w których wykonany został w okresie zdrowienia, w 3 wypadł dodatnio. W 43 przypadkach płonicy wykonano odczyn raz jeden w okresie wysypki i po raz wtóry w okresie zdrowienia. W 40 przypadkach odczyn wypadł ujemnie w okresie wysypki, a tylko w 23 przypadkach ujemnie w okresie zdrowienia. W 3 przypadkach lekkiej płonicy odczyn wypadł dodatnio w okresie wysypki. W 4 przypadkach odczyn wystąpił później, po przejściu do okresu zdrowienia.

W błonicy odczyn wykonano 1 raz u 23 chorych: z tych u 11 w ostrym okresie choroby, gdzie tylko 2 razy wypadł dodatnio; z 12 zaś przypadków, w których odczyn wykonano w okresie zdrowienia, w 3 przypadkach wypadł on dodatnio, a w 9 ujemnie. Z 27 przypadków błonicy, w których odczyn wykonano dwukrotnie w okresie ostrym choroby, wypadł on 12 razy dodatnio, a 15 razy ujemnie; w okresie zdrowienia otrzymał autor odczyn dodatni w 14 przypadkach, a ujemny w 13 przypadkach. W 2 przypadkach ospy wietrznej odczyn 1 raz wypadł dodatnio, a 1 raz ujemnie. To samo spostrzegał autor w 2 przypadkach zapalenia gardła i w 2 przypadkach zapalenia ślinianki przyusznej. Z powyższych danych wynika, iż w przebiegu odry w okresie wysypki w 100% spostrzegać się daje wrażliwość na tuberkulinę (przy naskórnem jej stosowaniu), która powraca w okresie zdrowienia. Takiż brak wrażliwości w przebiegu płonicy spostrzegać się daje w 85%, w błonicy zaś tylko w 12,5%, a w 50% spostrzegać się daje tylko obniżenie wrażliwości.

Objaw ten tłomaczyli w różny sposób Pirquet, Neumark, Wothmann, Hamburger, Escherich, Kraus, Sorgo, Rolly, autor jednak wobec tego, iż odczyn Pirqueta zależny jest od miejscowych zmian w skórze, podaje w wątpliwość jego swoistość.

Z. Gilewicz.

Neurologia i psychiatrya.

W. Bechterew. **O odruchowych objawach przy organicznych porażeniach ośrodkowego neuronu i o nowym grzbietowo stopowym odruchu dolnej kończyny.** (Obozr. psichiatr. i neurolog. 1911, Nr 7). Autor wylicza znane dotychczas patologiczne odruchy na kończynach, zwłaszcza dolnej. Wspomina więc najprzód o stopowstrząsie, dalej o objawie, opisanym już dawniej przez siebie, a polegającym na oporze, który występuje przy szybkiem zginaniu, lub wyprostowywaniu kończyny, najczęściej w połowie odległości pomiędzy obu krańcowemi jej położeniami. Dalej omawia w krótkich słowach odruchy Babińskiego, Oppenheima i Schaffera, przypominając, że sam już dawniej opisał występowanie wyprostnych ruchów palucha przy silnem uciskaniu mięśni łydki.

Odruch, znany pod nazwą odruchu Bechterewa, lub Mendel-Bechterewa, polegający na zginaniu (podeszwowem) palców (prócz palucha) stopy przy uderzaniu młotkiem po zewnętrznej grzbietowej powierzchni stopy, daje się otrzymać również przy uderzaniu po zewnętrznej okolicy podeszwy. Co się tyczy tego odruchu, to autor nie zgadza się z Mendlem, który widział w nim odwrócenie prawidłowego odruchu, wyrażającego się wyprostnymi ruchami palców przy uderzaniu po powierzchni grzbietowej stopy, dlatego, że u osób zdrowych owe ruchy występują tylko w tych palcach, po ścięgnach których się uderza, nie zaś w kilku palcach jednocześnie, jak to się dzieje przy odruchu patologicznym. Nie godzi się też autor z tłómaczeniem Lewandowskiego, zapatrującego się na patologiczny odruch, w kilku naraz palcach występujący, jako na objaw towarzyszący.

Ostatniemi czasy zauważył autor jeszcze jeden objaw, mogący być uważanym za niezawodną oznakę schorzenia ośrodkowego neuronu ruchowego. A mianowicie po kilkakrotnem uderzeniu młotkiem po grzbietowej powierzchni stopy, stopa i palce, zwłaszcza paluch, zginają się w kierunku grzbietowym, a temu towarzyszy zginanie się kończyny w stawie kolanowym. S. Trzebiński.

Jurman. **Leczenie porażenia postępującego wstrzykiwaniami nukleinianu sodowego.** (Russkij Wracz Nr 46 i 47, 1911). Autor stwierdził u 17 chorych na porażenie postępujące dodatni wpływ nukleniaнu sodowego, stosowanego w postaci wstrzykiwań. Wyniki były tak zachęcające, iż tę metodę leczenia zaleca autor gorąco psychiatrom, neuropatologom i terapeutom. W stosowaniu środka postępował według wskazówek Donatha, podanych w 67. Tomie (1910) »Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie«.

Z. Gilewicz.

Chirurgia.

Tausing. **Teorya zakaźna wola i matołectwa.** Tow. lek. wiedeńsk. XII 1911). T. poczynił w Bośni bardzo ciekawe spostrzeżenia nad wolem i matołectwem. Są tam okolice, w których od 30 lat nie można mężczyzn brać do wojska, bo wszyscy dorośli mają wola, a 3% jest matołków. Nieraz odnosił T. wrażenie, że wole przenosi się z człowieka na człowieka wprost (może śliną), jak to twierdzi Kutschera. W okolicach tych obcy, n. p. żandarmi, wojsko, straż skarbowa, nauczyciele, nie zapadają na wole, co przemawia przeciwko teoryi wodnej. Od ludzi zakażać się mogą i psy. Zapadają częściej na wole w podobnych okolicach mężczyźni, zwłaszcza mahometanie. Zwykle matka dotknięta wolem roni pierwszy płód, potem rodzi się dziecko nieżywe, a dopiero potem dzieci ew. z wolami lub matołki, co przemawia za osłabieniem pierwiastka zakaźnego.

W dyskusyi Wagner twierdzi, że w Styryi wole często są dziedziczne. Eiselsberg broni teoryi wpływu wody i przytacza typowe tego przykłady. Odwrotnie są wody zapobiegające powstaniu wola (mineralne, woda gotowana itp.). Graf zaznacza, że we Włoszech celem uwolnienia się z wojska piją młodzi ludzie wodę ze źródeł »wolowych« i dostają wola. Podług Walda nie sama woda, lecz inne czynniki odgrywają tu główną rolę. K.

Hartmann. **Leczenie ostrego zapalenia otrzewnej.** (Klin ther. Woch. 1911, Nr 50—52). W leczeniu zapalenia otrzewnej nastąpiła obecnie o tyle zmiana, że nie stosujemy już zabiegów tak ciężkich, jak dawniej, t. j. licznych nacięć i tamponad, albowiem wiemy, że i one nie zdołają usunąć odrazu mechanicznie pierwiastków zakaźnych, powtóre zaś zaraz tworzą się zrosty, zmieniające warunki odpływu. Zadowalniamy się też zabiegami mniejszymi, a nie brak i takich, którzy po usunięciu przyczyny choroby zeszywają otrzewnę na głucho, pozostawiając dalszy przebieg naturze. Co do przeciwwskazań operacyi, to należą tu: 1) przypadki w okresach zbyt daleko posuniętych, gdzie serce już jest słabe, 2) wiek późny, 3) zapalenie otrzewnej pochodzenia przydatkowego na tle wiewiórowem, 4) nawroty podrażnienia otrzewnej z powodu zmian pęcherzyka żółciowego, o ile nie decydujemy się na operacyę kamicy. Lekarz praktyczny może przygotować do operacyi i wzmocnić chorego przez wlewania soli kuchennej, wstrzykiwania kamfory, strychniny, płukania żołądka itp. Obecnie staramy się zmniejszać i skracać zabiegi do minimum. Unikać należy twardych sączków i wielkich tamponad, a o ile możności ranę zaszywać, jednak ze względu na zakażenie jej nie szwami piętrowymi, lecz pojedynczymi drucianymi przez powłoki, a co najwyżej dając osobny szew (katgut) dla otrzewnej. Do operacyi umieszczamy chorego w pozycyi półsiedzącej, dbamy o wypróżnienie jelit, zwalczamy zapady (wlewania soli, lawatywa kroplowa), ułatwiamy odpływ wydzielin i pomagamy otrzewnej w zwalczaniu toksyn (surowice). A.

Położnictwo i ginekologia.

W. Stroganow. **Leczenie rzucawki sposobem zapobiegawczym w klinikach berlińskich.** (Russkij Wracz. 1911, N. 48). Rozwiązanie gwałtowne przy rzucawce daje bardzo znaczny odsetek śmiertelności (16,6—34.0). Wobec tego w ostatnich czasach zauważyć się daje wśród klinicystów niemieckich zwrot stanowczy, zdaniem S., ku sposobowi leczenia rzucawki, przezeń zaleconemu (systematyczne stosowanie morfiny, wodnika chloralu, leków napotnych itd.). Ten sposób leczenia został wypróbowany w 661 przypadkach rzucawki (500 przyp. w Rosyi i 61 w Niemczech); śmiertelność położnic wynosiła mniej niż 8%, a dzieci nowonarodzonych około 21%.. S. sądzi, iż odsetek śmiertelności może być znacznie zmniejszony w przypadkach niezaniedbanych i niepowikłanych; w przypadkach przezeń osobiście leczonych śmiertelność położnic wynosiła zaledwie 2%.

Nie poruszając tym razem sprawy, dotyczącej etyologii rzucawki (Nb. do niedawna zaliczał S. rzucawkę, jak wiadomo, do rzędu chorób zakaźnych. Sprawozd.), sądzi autor, iż w tej chorobie wielką rolę odgrywa kurcz naczyń, spowodowany nieznanym dotychczas jadem. W końcu opisuje S. szczegółowo 3 przypadki rzucawki, leczone przezeń osobiście w klinikach prof. Bumma i Franza w Berlinie. Chore wyzdrowiały. M. Pietkiewicz.

Doehnicke. **O postępowaniu przy zatrzymaniu błon lub łożyska.** (Pract. Ergebn. d. Geburtsh. Gynaek. 1911, T. IV). Ścierają się tu poglądy zwolenników postępowania zachowawczego, którego przestawicielem jest Winter, i zwolenników postępowania t. zw. chirurgicznego, polegającego na natychmiastowem usunięciu zatrzymanych błon lub łożyska z jamy macicy, bądź ręcznem, bądź zapomocą łyżeczki. Doehnicke stwierdza, że samo zatrzymanie błon lub łożyska nigdy nie jest źródłem gorączki połogowej, o ile niema równocześnie zakażenia, nie jest więc wskazaniem do zabiegu, polegającego na czynnem opróżnianiu macicy. Opróżnianie zaś takie jest wprost przeciwwskazane przy jednoczesnem zakażeniu, gdyż wtedy każdy zabieg niszczy wał ochronny, utworzony z krwinek białych koło ogniska zakażonego, przyczynia się do posunięcia zakażenia w głąb tkanki macicznej i stanowi w ten sposób sam przez się źródło dalszego zakażenia. Zabieg zaś, wykonywany narzędziem, jest jeszcze niebezpieczniejszy, ze względu na większą możliwość przebicia macicy.

Macica, pozostawiona sama sobie, wydali zatrzymywane resztki w przeciągu kilku najbliższych dni przy nieznacznem podwyższeniu ciepłoty. Że jednakowoż bezwzględnie zachowawczy sposób postępowania przedłuża tę sprawę, można podtrzymać pracę macicy przez gorące przestrzykiwania pochwy i wstrzykiwanie ergotyny. O ile więc pozostawienie błon płodowych nigdy nie jest wskazaniem do terapii czynnej, to, gdy stwierdzono zatrzymanie resztek łożyska, można przy bezgorączkowym przebiegu połogu usunąć je ręcznie zaraz po porodzie. We wszystkich innych przypadkach, połączonych z podwyższeniem ciepłoty, tylko krwotok usprawiedliwia czynne opróżnienie jamy macicy. A. Markowa.

Dermatologia i syfilidologia.

Wiman. **Przyczynek do sztucznego zakażenia królików kiłą.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 107, 1911). Przeszczepienie kiły na rogówkę królika udało się autorowi w 57% na 320 prób. Kiłę ogólną udało się W. wywołać u tychże zwierząt przez szczepienie jadu wprost do jąder, a wtedy w razie, jeżeli zwierzę udało się zarazić, ginęło ono na ogólne wyniszczenie z towarzyszącem wychudnięciem i znamiennem wypadaniem sierści. W dwóch przypadkach powstały na skórze ranki, w których dały się wykazać krętki. W jednym przypadku chora samica urodziła zwierzę ze zmianą swoistą na rogówce. H. L. Weber.

Wysocki. **O schorzeniach stawów przy kile nabytej.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 107, 1911). W. zwraca uwagę, iż nierzadko chorzy ze zmianami w stawach pochodzenia swoistego udają się do lekarzy, a ci całymi tygodniami leczą ich przetworami kwasu salicylowego, uważając sprawę za przewlekły gościec stawowy, zwłaszcza, iż objawy powyższego cierpienia wcale cech odrębnych nie posiadają, a dopiero uporczywość choroby i brak poprawy mimo długotrwałego leczenia, zwraca myśl lekarza na właściwe tory. Próba Wassermanna, zawsze w takich przypadkach zalecana, utwierdza przypuszczenie lekarza, a szybkie ustępowanie cierpienia przy leczeniu swoistem upewnia rozpoznanie.

Cały szereg przypadków, w których dochodzono do właściwego rozpoznania na powyżej opisanej drodze, ilustruje pracę autora, który radzi w każdym przewlekającym się gośćcu myśleć o kile, aby leczyć cierpienie swoiście, nie po miesiącach, jak się to z niektórych przytoczonych przykładów widzi, a może nieco wcześniej. H. L. Weber.

Ehrlich. **O salwarsanie.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 47). Wiadomości o szkodliwem działaniu salwarsanu są przesadzone. Jeżeli działanie takie występuje, to tylko wskutek stosowania przetworu rozłożonego lub dodatków, ewentualnie zanieczyszczenia wody przekroplonej. Natomiast w rachubę więcej wchodzą t. zw. neurorecydywy, tj. zajęcia nerwów czaszkowych, których Ehrlich nie odnosi do salwarsanu (bo nie występują przy leczeniu tym środkiem innych chorób), lecz do choroby samej, bo zresztą występują one i przy leczeniu rtęcią. Prócz kiły, znakomite wyniki osiągnięto salwarsanem przy durze powrotnym, framboezyi, zimnicy, bilharzyi i różnych chorobach zwierzęcych. Najwięcej polecenia godne są wstrzykiwania wśródżylne. E. poleca po wstrzyknięciu przez 6—8 miesięcy badać odczyn Wassermanna i nawet w razie, gdyby po $^1/_2$ roku był ujemny, należy jeszcze wstrzyknąć salwarsan. Dobrze jest kombinować salwarsan z rtęcią. W końcu zaznacza Ehrlich, że mimo usilnych prób nie udało mu się znaleść środka skuteczniejszego, a mniej trującego od salwarsanu i wątpi, by to kiedy nastąpiło. K.

Joitrain i Levy-Bing. **Metody upraszczające próbę Wassermanna.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 106). Na podstawie długich badań porównawczych różnych metod, upraszczających oryginalną próbę Wassermanna, doszli autorowie do przekonania, iż metody, podane przez Porgesa, Klausnera i Tschernogubova, nie nadają się do użycia, natomiast modyfikacye Foixa, Noguchiego, Bonera, Hechta, Joitraina i Benarda mogą oryginalny odczyn zastąpić, a tylko w wątpliwych razach muszą być sprawdzone przez odczyn oryginalny. H. L. Weber.

Ledermann. **Serodyagnostyka kiły w praktyce dziecięcej.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 106). Na podstawie licznych badań podaje L., iż odczyn Wassermanna u dzieci, czyto kiłą wrodzoną, czy nabytą obarczonych, pozostaje jeszcze długi czas dodatni mimo energicznego leczenia i ustąpienia objawów zewnętrznych cierpienia. Za najlepsze leczenie uważa L. przy kile wrodzonej, leczenie kombinowane rtęcią i salwarsanem. Podawanie matce karmiącej swe chore dziecko tylko samego salwarsanu, nie leczy zmian u dziecka. H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 5 XII. 1911.

Przewodniczy Prof. Cybulski. Obecnych 51 członków.

1) Kol. Prof. Gliński przedstawił:

a) **Preparaty mikroskopowe** z miejsca i z otoczenia kanału w mięśniach uda **po wstrzyknięciu salwarsanu.** Preparaty te pochodzą ze zwłok 6-miesięcznego dziecka, któremu na 3 dni przed śmiercią wstrzyknięto 0·1 salwarsanu; w miejscu wstrzyknięcia i w jego otoczeniu powstała rozległa martwica i rozległy naciek ropny, a w samym kanale znajdowała się jeszcze duża ilość salwarsanu. Rozległe zmiany miejscowe, występujące po wstrzykiwaniach podskórnych i śródmięśniowych salwarsanu, długie pozostawanie wstrzykniętego salwarsanu w miejscu wstrzyknięcia i wynikające stąd powolne jego wchłanianie oraz działanie długotrwałe, lecz słabe, zamiast jednorazowego a silnego zadziałania, wreszcie możność przekształcania się salwarsanu przy długiem pozostawaniu na miejscu w związki pochodne o działaniu nieznanem, — być może nawet szkodliwem, — oto dane, na których podstawie uważa kol. G. za jedynie racyonalne stosowanie salwarsanu w postaci wstrzykiwań śródżylnych.

2) Okaz makroskopowy i preparaty mikroskopowe z t. zw. **mięsaka groniastego pochwy.** Z chorą $2^1/_2$-letnią dziewczynką zgłoszono się do szpitala z powodu zaburzeń w oddawaniu moczu. Badanie stwierdziło, iż cała pochwa była wypełniona masami groniastemi o różnej wielkości gron już to przeświecającemi, jakby galaretowatemi, już też więcej białawemi, nieco jędrniejszemi. Masy te dały się łatwo wyskrobać, podręczne zaś badanie mikroskopowe stwierdziło w nich utkanie śluzakomięsaka, przy badaniu zaś dalszem szczegółowem stwierdzono prócz tego obecność miejscami i mięśni prążkowanych. Wogóle na podstawie badania mikroskopowego i wejrzenia makroskopowego nowotwór ten uważać należy za bardzo rzadki w tem miejscu okaz nowotworu mieszanego pochodzenia zarodkowego, powstający przez przesuniecie składników mezodermy w toku rozwoju przewodu Wolffa. Nowotwory te wogóle cechują się znaczną złośliwością.

3) Narządy jamy brzusznej ze zwłok 36-letniego mężczyzny. W przypadku tym istniał **nieżyt ropny jelita grubego,** co dało powód do powstania za życia skrzepów w zakresie rozgałęzień żyły krezkowej dolnej, żyły śledzionowej i żyły wrotnej z następowem zakaźnem rozmięknieniem tych skrzepów i wytworzeniem się niezliczonej ilości **ropni w wątrobie;** jeden z tych ropni przebił do jamy brzusznej i był powodem rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej. Przypadek zasługuje na uwagę zarówno ze względu na rzadkość samej sprawy (thrombophlebitis) w obrębie żyły wrotnej, jak zwłaszcza ze względu na punkt wyjścia sprawy, gdzie nieżyt ropny jelita bez dostrzegalnych gołem okiem owrzodzeń stał się punktem wyjścia opisanych groźnych następstw. (Streszczenie własne).

2) Kol. Prof. Ciechanowski przedstawia:

a) Okaz **gruźlicy zstępującej narządu moczowego** (s. 1090), dla porównania z okazem, przedstawionym na poprzedniem posiedzeniu. Okaz pochodzi z 26 letniego mężczyzny. Nerka lewa zawiera mnóstwo jam, wypełnionych masami serowatemi. Obwodowa warstwa miąższu, niezajęta sprawą gruźliczą, jest zmieniona włóknisto. Niektóre z jam gruźliczych komunikują z miedniczką, zawierającą również masy serowate. Moczowód lewy o ścianie zgrubiałej, zwyrodniałej włóknisto, zawiera w znacznie zwężonem świetle skąpe, suche masy serowate; w całej długości jest drożny. W pęcherzu rozległe owrzodzenia gruźlicze. W moczowodzie i miedniczce prawej obraz przewlekłego ropienia; sprawa ropna szerzy się na nerkę prawą. W części krokowej i bło-

niastej cewki moczowej ściana w kilku miejscach zniszczona, w miejscach tych uchodzą zatokowate jamy okołocewkowe, wypełnione ropą; podobna zmiana w połowie długości prącia, gdzie od cewki szerzy się sprawa ropna daleko pod skórę. Poza tem znaleziono zwapnienie jednego gruczołu oskrzelowego i świeżą przerzutową gruźlicę w dolnych częściach płuc.

b) Okaz (s. 1099), niezwykłych co do sposobu powstania rozległości i stopnia **zmian gruźliczych górnych dróg oddechowych.** Powyżej głośni niema wcale zmian; cała część podgłośniowa krtani i cała tchawica oraz główne oskrzela tworzą jedno owrzodzenie gruźlicze, głęboko w ściany ich się wżerające z częściową martwicą chrząstek; **punktem wyjścia** było **przebicie do tchawicy zserowaciałych gruczołów**, znajdujących się przy klinie podziałowym tchawicy. W płucach znaleziono tylko świeższe zmiany gruźlicze aspiracyjne (w częściach dolnych gruzełki i guzki serowate niewielkie, bez rozpadu), wtórne.

c) Okaz **ropnia podprzeponowego**, pochodzący z 49 letniego mężczyzny (s. 1057), który miał 17. X. zachorować, a 27. X. został przeniesiony na oddział wewnętrzny B. szpitala św. Łazarza wśród objawów, przemawiających za durem brzusznym. Według wiadomości, udzielonych z oddziału, odczyn Fickera był dodatni 1 : 100; w ostatnich 4 dniach objawy zapalenia otrzewnej. Przy sekcyi znaleziono skręt jelita biodrowego z przedziurawieniem rozdętej pętli doprowadzającej wskutek martwicy ściany, przyczem otwór leżał blizko przyczepu krezki; śladów po przebytym durze w obrębie kęp Payera niema. Pomiędzy pętlami jelit cienkich i ścianą brzuszną liczne zrosty wiotkie, taśmowate. Pomiędzy okrężnicą poprzeczną, przednim brzegiem wątroby, okolicą woreczka żółciowego i ścianą brzuszną zbitsze, grube zrosty, odgraniczające zupełnie przestrzeń między górną powierzchnią prawego płatu wątroby, a przeponą, od reszty jamy brzusznej. W przestrzeni tej ciecz żółta, gęsta, jasnopomarańczowa; otrzewna tej części zgrubiała, nierówna, miejscami włóknisto zmieniona, pokryta dość grubym pokładem włóknika i ropy. Z tej przestrzeni wiedzie kilka otworów do jamki, leżącej wśród zrostów między okrężnicą a wątrobą i odpowiadającej położeniem położeniu woreczka żółciowego. W jamce tej, mającej wielkość jaja kurzego, leży luźno, otoczony ropiastą, gęstą, jasnopomarańczową cieczą, woreczek żółciowy, całkowicie nekrotyczny, oddzielony zupełnie od wątroby i od przewodu woreczkowego. Przewód żółciowy wspólny i wątrobowy prawidłowe, zawierają żółć prawidłową. Kamieni żółciowych nigdzie nie znaleziono. W przypadku tym powstał ropień podprzeponowy wskutek zapalenia okołoworeczkowego z przebiciem ku górze w przestrzeń, poprzednio od reszty jamy otrzewnej odciętą zrostami. Ropnie podprzeponowe takiego pochodzenia są niezbyt częste; [według statystyki Ullmanna (Wiener mediz. Wochenschr. 1899 Nr 25 i nast.), na 542 przypadków przedziurawień pęcherzyka żółciowego przypadło 53 (niespełna 10%) przedziurawień do oddzielonej zrostami części jamy brzusznej, a według Langa (1895) wśród 176 ropni podprzeponowych były drogi żółciowe punktem wyjścia 17 razy]. Całkiem zaś niezwykłe jest **całkowite oddzielenie się woreczka żółciowego,** a podobnego pod tym względem przypadku nie spostrzegano dotąd w krakowskim zakładzie anat. patol., ani też nie zdołał C. znaleźć w piśmiennictwie. Niezwykłą wreszcie rzeczą jest także w tym przypadku rozwinięcie się ogólnego zapalenia otrzewnej zupełnie niezawiśle od ropnia podprzeponowego. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierają głos kol. Blassberg i prelegent. Kol. Blassberg zaznacza, że dodatni wynik odczynu Fickera przemawia za tem, iż sprawa w drogach żółciowych mogła być wywołana przez zakażenie prątkami durowymi; w ostatnich czasach wielu autorów podnosi częstość zakażeń dróg żółciowych przez te prątki.

3) Kol. Radwańska przedstawia preparat **mięśniaka macicy, zrosłego ze ścianami pochwy,** wielkości dużej pomarańczy.

4) Kol. Warzeszkiewicz przedstawia okaz anatomiczny **przetoki między żołądkiem a okrężnicą poprzeczną,** powstałej u chorego J. S. l. 40, operowanego przed 8 laty w tutejszej klinice chirurgicznej z powodu objawów zwężenia odźwiernika na tle wrzodu. Wykonana wówczas (r. 1903) przez prof Kadera przetoka żołądkowo-jelitowa zaokrężnicza tylna przeciwperystaltyczna sprowadziła w ciągu 4 tygodni pobytu w klinice powrót do zdrowia, z przybytkiem 6 kg. na wadze; usunęła bóle, wymioty i nadmierną kwaśność treści żołądkowej. Siedem następnych lat minęło w pełnem zdrowiu. W jesieni 1910 r. pojawiły się znowu bóle w 1 — 1½ godziny po jedzeniu; od wiosny b. r. dołączyło się stałe uczucie wzdęcia w okolicy dołka podsercowego i odbijania gazami cuchnącymi; stolec stał się biegunkowy po pokarmach płynnych, zaparty po pokarmach stałych. Wymioty, sztucznie sprowadzane przez chorego, zawierały papkę gęstą, cuchnącą, szarą. Klinicznie stwierdzono wychudnienie, posunięte do ostatecznych granic, obrzęki na kończynach dolnych, płyn wolny w jamie brzusznej i białkomocz zastoinowy; miejscowo znaczne rozszerzenie żołądka; w podbrzuszu słyszalne prawie bezustannie przelewania się. Treść żołądkowa, na czczo wydobyta w ilości 250 cm³, przedstawiała się jako płyn żółto-szary, woni kałowej, z obfitą domieszką miazgi szarej, oddziaływania słabo zasadowego; bez kwasu solnego, mlecznego, tłuszczowych, ze śladem białka, wyraźną żółcią i krwią, chemicznie i drobnowidowo widoczną. Uwzględniając odbijania gazami wybitnie cuchnącymi, stolce biegunkowe lub zaparte zależnie od spożywania płynów względnie pokarmów stałych, a także uwzględniając obraz treści żołądkowej i wyniszczenie chorego — rozpoznawaliśmy z pewnem prawdopodobieństwem powstanie przetoki między żołądkiem a okrężnicą poprzeczną na tle nawrotu wrzodu po 7 latach od operacyi.

Sekcya zwłok, wykonana w Zakładzie anatomii patologicznej (chory nie zgodził się na wtórny zabieg operacyjny) wykazała obecność blizny po wrzodzie okrągłym w samym odźwierniku, sięgającej do warstw mięsnych; żołądek miernie rozszerzony, błona śluzowa grubo groszkowana, z drobnemi nadżerkami, krwią pokrytemi; między żołądkiem a jelitem czczem otwór gastro-jejuno-stomijny o brzegach, błoną śluzową pokrytych, na grubość 3 palców szeroki. Tuż przy brzegu otworu, od żołądka mając wejście wspólne, znajduje się drugi otwór, wiodący z żołądka do okrężnicy poprzecznej; otwór ten ma brzegi bliznowate, drożny dla czubków 2 palców. Zrosty między żołądkiem a okrężnicą poprzeczną i jelitem cienkiem. Przypadek ten ilustruje fakt, że wykonanie gastroenterostomii niezawsze zabezpiecza od nawrotu wrzodu i jego następstw, nawet w razie wytworzenia przetoki metodą stosowaną w klinice krakowskiej.

W dyskusyi zaznacza kol. prof. Gliński, który w danym przypadku wykonał sekcyę, że połączenie między żołądkiem a okrężnicą powstało tutaj najprawdopodobniej na tle wrzodu trawiennego, za czem przemawia makroskopowe wejrzenie brzegów przetoki od strony żołądka.

5) Kol. Surzycki przedstawił imieniem własnem i kol. prof. Cybulskiego rzecz p. t. **Objawy elektrokardyograficzne wśród wysiękowego zapalenia osierdzia.**

W dyskusyi zaznacza kol. prof. Ciechanowski, że zjawiska, stwierdzane elektrokardyograficznie przez prelegentów w przypadkach wysiękowego zapalenia osierdzia, zależą zapewne od wpływu mechanicznego, jaki wysięk wywiera na węzeł zatokowy (Keith-Flacka), położony powierzchownie, a więc wpływom takim łatwo dostępny. Zarazem podnosi mówca zalety obmyślonej przez prelegentów metody eksperymentalnej, dotąd jak się zdaje do badania czynności węzła zatokowego przez nikogo nie stosowanej,

a mającej tę wyższość, że czynnik działający można dokładnie mierzyć (manometrycznie).

6) Kol. Janiszewski: **Udział lekarzy w reformie administracyi.** Mowca podnosi konieczność udziału lekarzy w reformie administracyi państwowej dla zdobycia odpowiedniej samoistnej administracyi sanitarnej, która jest konieczna w interesie dobra publicznego; wnosi przeto, by Towarzystwo lekarskie krakowskie zainicyowało akcyę wszystkich Towarzystw lekarskich (wspólnie z technikami), zmierzającą do tego, aby do państwowej komisyi reformy administracyi powołani zostali prócz prawników także technicy i lekarze.

W dyskusyi uważa kol. Jendl-Sausenhofen akcyę za potrzebną, ale przedwczesną. — Kol. prof. Ciechanowski sądzi, że wbrew zdaniu poprzedniego mowcy właśnie teraz już należy zacząć starania o zrealizowanie wniosku kol. Janiszewskiego, który uważa za bardzo doniosły i ważny. Nie chodzi tu bowiem o jakieś tylko rozszerzenie zakresu działania lekarzy sanitarnych (rządowych i autonomicznych) w ramach obecnego ustroju administracyjnego, ale raczej myśli wnioskodawca o zupełnej reformie, o stworzeniu samodzielnej, jednolitej sprężystej administracyi sanitarnej, równorzędnej z innymi działami administracyi, jak polityczna, skarbowa i t. p. A właśnie teraz państwowa komisya zajmuje się takim ogólnym planem podziału pracy i administracyi na gałęzie główne. Również bardzo szczęśliwym jest pomysł kol. Janiszewskiego, aby sprawę podjęły Towarzystwa lekarsko-naukowe, a nie zawodowe, stawiając ją na gruncie dobra publicznego.

Wniosek kol. Janiszewskiego uchwalono jednomyślnie, a do komisyi, mającej zająć się tą sprawą, wybrano kol. Bielańskiego, Ciechanowskiego, Damskiego i Janiszewskiego, który ma wygotować referat.

Posiedzenie z dnia 13. X. 1911.

Przewodniczący prof. Cybulski, obecnych członków 80.

1) Dr Parturier z Paryża miał (jako gość) wykład: **O zdrojowiskach francuskich i niemieckich.**

2) Wybory Zarządu odłożono z powodu nieobecności prezesa komisyi przedwyborczej do następnego posiedzenia.

Sekretarz doroczny dr. G. Grzybowski.

Towarzystwo ginekologiczne krakowskie.

Posiedzenie dnia 31. października 1911 r.

Przewodniczący: Prof. Rosner. Sekretarz: Dr Schlank.

1) Kol. Adam Ackerman: **Haematometra cervicalis acquisita post partum.** Prelegent opowiada przebieg niezwykłego przypadku. Chodziło o osobę, u której przy pierwszym porodzie założono kleszcze wysokie i wydobyto płód żywy. Połóg gorączkowy, w ciągu którego powstał zakrzep w żyle udowej i zawał krwotoczny w płucu. W kilka miesięcy po porodzie zgłosiła się chora do lekarza, gdyż miesiączka się nie zjawiała. Badanie wykazywało guz wielkości jaja kurzego, kulisty, chełboczący, będący wyraźnie zmienioną częścią pochwową, a nie mogło wykazać ujścia zewnętrznego. Ponad guzem wyczuwa się macicę wielkości prawidłowej. Rozpoznano krwiak zajmujący szyję maciczną, powstały przez zrost w ujściu zewnętrznem. Operował prof. Rosner. Nakłuciem otwarto guz, z którego wydobyło się przeszło 2 łyżki mazistej krwi. Ze ściany guza na szczycie wycięto okrągły kawałek, brzegi obszyto szwem węzełkowym. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Chora od tego czasu miesiączkuje regularnie. Kol. A. podnosi zupełny brak wykazać się dającej blizny po zroście.

Dyskusya: Kol. Braun spostrzegał podobny przypadek i zwraca uwagę na ten szczegół, że u chorej kol. Ackermana nie było śladów po ujściu zewnętrznem.

2) Kol. Rosner: Przedstawienie chorych: a) Chora po **cięciu cesarskiem klasycznem**. Choć prelegent jest zwolennikiem cięcia zewnątrzotrzewnego, tutaj wobec tego, że płód leżał poprzecznie i że przypadek ten był zupełnie czysty, skłonił się do operacyi klasycznej. b) Chora po **operacyi doszczętnej sposobem Porro:** I tu wybór metody był podyktowany stanem chorej. Chorą przywieziono do kliniki już wyraźnie zakażoną z wysoką ciepłotą, szybkiem tętnem i językiem suchym. Stwierdzono przytem zmiękknienie kości. To cierpienie wymagało usunięcia jajników, niewątpliwe zaś zakażenie nakazywało usunąć macicę. Badanie drobnowidowe doczesnej wykazało obecność gronkowca i bakterye okrężnicy. Bakterye te zwykły wywoływać ciężkie zakażenie. Przebieg pooperacyjny doskonały. Prelegent podnosi, że zakażenie trzonu jest nieporównanie groźniejsze, niż zakażenie szyjki. c) Ciężarna, u której prelegent zamierza wykona **cięcie cesarskie sposobem Polano**. Chodzi o wskazanie względne do cięcia cesarskiego. Ze względu na istniejące znaczne przodozgięcie macicy (venter propendens) nasuwa się myśl, że ten przypadek nadaje się do operacyi tym sposobem. Nadto płód nie leży w położeniu główkowem, co jest niekorzystne dla cięcia nadłonowego, zresztą takie cięcie byłoby bardzo trudne z powodu znacznego przodozgięcia macicy. Chociaż więc prelegent uznaje zasadniczo zalety cięcia nadłonowego, we wszystkich trzech przypadkach uważał je za przeciwwskazane.

W dyskusyi podnosi kol. Braun, że nietylko zakres wskazań do cięcia cesarskiego powiększył się, ale nadto ściślej można ocenić te wskazania.

3) Kol. Rosner przedstawia preparat anatomiczny **raka macicy i prawego jajnika**, wyciętego u chorej Fr. H. l. 48. Klinicznie rozpoznawano raka jajnika. Zabieg potwierdził rozpoznanie kliniczne. Usunięto i drugi jajnik, choć w nim nie było widocznego nowotworu, gdyż prelegent stale usuwa i drugi jajnik przy operacyi złośliwych nowotworów jajnika; usunięto również i macicę, która wydawała się prawidłową, tylko nieco powiększoną. Po przecięciu jej znaleziono, że cała jama macicy zajęta jest nowotworem złośliwym, który wchodzi głęboko w mięsień trzonu, a ku dołowi szerzy się na szyję i zajmuje górną jej połowę. Badanie drobnowidowe, wykonane w Zakładzie anatomii patologicznej, wykazało, że tak w jajniku, jak i w macicy rozwijał się rak gruczołowaty (adeno-carcinoma) i że budowa ich jest identyczna. Zdaniem prelegenta pierwotnie rozwinął się guz w macicy i przeniósł się drogą naczyń chłonnych do jajników.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 20. VI. 1911.

1) Edward Bruner przedstawił przypadek **pemphigus vegetans.**

2) Mincer przedstawił 46-letniego mężczyznę po **całkowitem usunięciu pęcherza wraz z gruczołem krokowym i pęcherzykami nasiennymi**, z powodu złośliwego nowotworu pęcherza. Oba moczowody przecięto na wysokości 8 ctm. od dolnego bieguna nerek; dośrodkowe końce moczowodów przyszyto do skóry w okolicach lędźwiowych. Przebieg pooperacyjny prawie bezgorączkowy. W chwili obecnej chory czuje się doskonale, ma dobry sen i apetyt.

W dyskusyi zaznacza Kryński, że jest zwolennikiem wszywania moczowodów do kiszki i wyraża zdanie, że obawa co do wstępującego zapalenia miedniczek jest nieuzasadniona w tych przypadkach. Mówca podaje swój sposób wszywania moczowodów do kiszki, zapobiegający wstępującemu zapaleniu miedniczek. — Prelegent w odpowiedzi zaznacza, że zakażeń miedniczek nerkowych należy się więcej obawiać w przypadkach wszczepiania moczowodów do kiszek lub do pochwy, niż w przypadkach wszycia ich do skóry. Na korzyść takiego zapatrywania w pewnej mierze przemawia przypadek, przez prelegenta dzisiaj przedstawiony, w którym po kilkakrotnem przemyciu zakażonej prawej miedniczki rozczynem lapisu 1:500 udało się ją odkazić.

3) Karwacki: **O niwecznikach swoistych w ropie gruźliczej.** Prelegent zbadał 10 okazów ropy gruźliczej, jedną ropę promieniczą, jedną paciorkowcową i jedną gronkowcową co do aglutynin i ciał wiążących komplement. W ropniach pochodzenia niegruźliczego ani aglutynin, ani istot komplementochłonnych nie wykrywał, w ropie zaś pochodzenia gruźliczego wyniki były zawsze dodatnie. Następnie prelegent w badaniach swych stwierdził, że typ bydlęcy laseczników gruźliczych odgrywa dość wybitną rolę w powstawaniu gruźlicy chirurgicznej.

Posiedzenie kliniczne dnia 5. IX. 1911.

1) Roszkowski M.: **O wczesnych objawach przy odrze.** Prelegent zwraca uwagę na dwa objawy, towarzyszące stale prawie odrze w okresie zwiastunów, a mianowicie na plamki Koplika i odczyn dwuazowy moczu, którymi od lat 6 stale się posługuje i które znakomicie mu ułatwiają rozpoznanie odry. Prelegent na 756 przypadków odry, obserwowanych ściśle od pierwszych chwil wylęgania, tylko w 14 nie widział plamek Koplika, co stanowi nieznaczną odsetkę, wynoszącą zaledwie 1·8%. Najczęściej spotykał prelegent plamki Koplika na 4—5 dni przed wysypką. Co się tyczy występowania dwuazowego odczynu w moczu przy odrze, to na 756 przypadków spostrzeganych, tylko w 8 nie otrzymał prelegent odczynu dwuazowego, co stanowi zaledwie niecałe 1%. Najczęściej spotykał odczyn dwuazowy na 1 — 2 — 3 dni przed wysypką, kiedy zaczynała się podnosić u dzieci ciepłota.

Posiedzenie kliniczne z dnia 19. IX. 1911.

Alfred Sokołowski: **O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w cierpieniach płucnych.** Omawiając szczegółowo wskazania, dochodzi prelegent do następujących wniosków: 1) Przy obecności ciał obcych, utkwionych głęboko, o ile nie można ich wydobyć drogą bronchoskopii, jest wskazana pneumotomia. 2) Ropień płuca, o ile został wcześnie rozpoznany, daje przy pneumotomii wyborne wyniki. 3) Zgorzel płuca daje zawsze wskazania do pneumotomii nawet przy wielkiem ognisku i wysokiej gorączce, o ile stan ogólny jest niezły, a w moczu chorego niema cukru lub białka. 4) Przy jamach oskrzelowych wyniki operacyjne na ogół są liche. 5) Nowotwory płuc dają złe wyniki, wskazanie widziałby prelegent jedynie w wyjątkowych przypadkach, w których sprawa nowotworowa została ściśle rozpoznana we wczesnych okresach. Toż samo da się powiedzieć o promienicy płuc. Leczeniu chirurgicznemu w rozedmie płuc nie rokuje Sokołowski w przyszłości wielkiego powodzenia. Wszelkie zabiegi chirurgiczne, zmierzające do doszczętnego wycinania ognisk gruźliczych w płucach, uważa S. za zabiegi raczej szkodliwe, niż pożyteczne dla chorych. Nakoniec rozbiera szczegółowo metodę t. zw. sztucznej odmy piersiowej, którą stosować należy w przypadkach ciężkiej jednostronnej, tylko postępującej gruźlicy płucnej, jako »ultima ratio« po wyczerpaniu bezskutecznem zwykłych metod leczenia wewnętrznego. Dr T. Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

74. Ogólne Zebranie w d. 22 października 1911.

Obecnych 18 członków i kolega prelegent Karol Rychliński (z Warszawy).

1) Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. Fidler, który wita kol. Rychlińskiego i dziękuje za przyjęcie zaproszenia do wygłoszenia odczytu.

2) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

3) Kol. Karol Rychliński odczytał rzecz: **O nerwicach.**

W dyskusyi brali udział kol. Fidler, Półczyński i Szczepaniak. Kol. Fidler jeszcze raz dziękuje kol. Rychlińskiemu za ciekawy i bardzo na czasie odczyt.

75. Ogólne Zebranie w d. 25 listopada 1911.

Obecnych 18 członków.

1) Na przewodniczącego zebrania wybrany został kol. Fidler.

2) Przed porządkiem dziennym kol. Pełczyński prosi kolegów, którzy otrzymali zaproszenia do zwiększenia wkładek na kasę wdów i sierot po lekarzach, by odpowiedzi złożyli na jego ręce, a on ze swej strony prześle je do kasy.

3) Kol. Fidler odczytuje odezwę magistratu m. Radomia ex re prośby właścicielki majoratu »Michajłowskoje« pani Koziulkin, by Towarzystwo orzekło, czy majątek ten nadaje się do pobudowania tam letnich mieszkań.

Po dłuższych debatach postanowiono odezwę magistratu uwzględnić i zawiadomić, że Towarzystwo wybrało z pośród siebie komisyę w osobach członków kolegów Pełczyńskiego, Rakowskiego, Szczepaniaka, których upoważniło do zbadania na koszt pani Koziulkin majątku majorackiego »Michajłowskoje« pod względem klimatycznym i topograficznym.

4) Kol. Fidler odczytuje zaproszenie na Zjazd ginekologów do Petersburga na 16—19 grudnia 1911 r.

5) Kol. Fidler odczytuje korespondencyę, tyczącą się wyboru placu i budowy Szpitalika dziecięcego z zapisu ś. p. hrabiny Ożarowskiej, mianowicie odezwy egzekutorów testamentu z dnia 16, 20 i 23 listopada 1911 roku, list kol. Brudzińskiego z dnia 20 listopada tegoż roku w sprawie budowy tegoż szpitala, oraz otwiera dyskusyę nad budową szpitalika dziecięcego, na który to cel hrabina Adela z Matiesenów Ożarowska zapisała 271.000 rubli, z których do użycia będzie 200.000 rubli, 71.000 zaś po śmierci dożywotników, i daje głos kol. Wędrychowskiemu z Szydłowca, który oświadcza, iż pożądane byłoby połączenie funduszów szpitala św. Kazimierza z zapisem śp. hr. Ożarowskiej w celu wybudowania ogólnego szpitala z oddziałem dla chorób dzieci; poruszeni przez niego obywatele i przemysłowcy zwrócili się pisemnie do egzekutorów testamentu, by w sprawie tej porozumieli się z Tow. lek. Rad.

Kol. Kosicki oświadcza, że egzekutorowie testamentu wyraźnie zaznaczyli, że ma to być szpital samodzielny. Obietnic obywateli i fabrykantów nie uważa za poważne. Przed laty, gdy inspektorat fabryczny zmuszał ich do założenia wspólnego szpitala, nic ciż sami obywatele i fabrykanci nie dali; zresztą 50000 rubli, jakie mają jakoby złożyć wspomniani obywatele i fabrykanci, uważa mowca stanowczo za zbyt małą sumę, nawet, gdyby ją złożyli, w co nie wierzy. — Koledzy Kossak i Raszkes sądzą, że szpital ogólny jest potrzebniejszy dla ziemi Radomskiej od dziecięcego. — Kol. Przyłęcki zaznacza, że nie można jednak zmieniać myśli zapisodawczyni. — Kol. Kellez-Krauz podnosi, że egzekutorowie zwrócili się do nas o wybór placu pod budowę szpitalika dziecięcego, my zaś idziemy stanowczo za daleko. — Kol. Fidler oświadcza, że mowy o wspólnej administracyi dwóch szpitali być nie może. Mowa być może tylko o połączeniu mechanicznem. Place drożeją. Wobec tego, że wcześniej czy później trzeba będzie nabywać plac pod szpital ogólny, możnaby obecnie nabyć taniej plac większy, by się te dwa szpitale zmieścić mogły, przyczem szpital ogólny mógłby od szpitala dziecięcego część potrzebnego gruntu odkupić. Nadmienia, że budowa szpitala ogólnego na 250 łóżek wyniesie najmniej 500000 rubli. — Kol. Pełczyński zaznacza, że egzekutorowie zwrócili się do nas o wskazanie placu: pozostaje nam wskazać plac pod szpital ogólny i dziecięcy, oraz plac specyalnie pod szpitalik dziecięcy. — Kol. Fidler proponuje, by zebrani obejrzeli swobodne place w Radomiu, dowiedzieli się o ceny łokcia kwadratowego, a mianowicie: o plac przy szosie Kozienickiej, należący do zarządu dóbr Państwa, a zajęty obecnie przez wojsko; o plac p. Karola Wickenhagena przy szosie Lubelskiej; o plac p. Stempniewicza przy ul. Nowej,

o plac p. Wełnowskiego i pani Mierzanowskiej przy ulicy Piaski, Swieżej i Wysokiej; o plac p. Kozerskiego przy ul. Wysokiej; o plac pani Potempskiej etc. i by upoważnili Zarząd do zredagowania odpowiedzi egzekutorom testamentu, pp. Kazimierzowi Olszowskiemu i Janowi hr. Zamoyskiemu w Warszawie.

Zebrani upoważniają Zarząd.

Kol. Fidler wręcza niektórym członkom nadesłany przez egzekutorów testamentu śp. hr. Ożarowskiej projekt ustawy prywatnego szpitalika dziecięcego im. hr. Ożarowskich w Radomiu, w celu przejrzenia i zaopatrzenia uwagami oraz zwrotu na następnem Ogólnem Zebraniu.

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 18 maja 1911.

Obecnych członków 22; przewodniczy kol. Pietkiewicz.

1) Kol. Łążyński. **O gruźliczem zapaleniu otrzewnej.**

Dyskusya. Kol. Kuligowski: Przy ogólnej gruźlicy prosówkowej nigdy nie znajdujemy swoistego zapalenia otrzewnej; przyczyną jego bywa tylko serowate zwyrodnienie gruczołów jamy brzusznej. Co się zaś tyczy terminologii, to ogólnie przyjęto suchą postać schorzenia nazywać »tuberculosis peritonei«, a wysiękowe »peritonitis tuberculosa«. — Kol. Cichocki zapytuje, jak wygląda zmieniona otrzewna. — Kol Łazyński: Bywa zgrubiała i z licznymi gruzełkami. — Kol. Januszkiewicz zapytuje o wyniki operacyi przy cięciu i przekłuciu. — Kol. Łążyński odpowiada, że osobiście woli cięcie, chociaż wielu chirurgów otrzymywało bardzo dobre wyniki po przekłuciu.

2) Kol. J. Makowski przedstawia chorych operowanych.

a) **Kilak wątroby.** Chory K. T. lat 33, cierpi od 3 lat na bóle w prawem podżebrzu; z początku bóle były tępe i stałe, utrudniające choremu zwykłą pracę; bóle wzmagały się nocą i przybierały charakter bolów kolki żółciowej; tym nowym bolom towarzyszyło uczucie gorączki i dreszcze; tak zwykle trwało 2—3 tygodni, poczem następowało polepszenie. Po roku bóle się wzmogły i w tym właśnie okresie chory spostrzegł guz pod prawem podżebrzem. Żółtaczki i biegunki przez czas choroby nie miewał. Ścisła dyeta (kleik, mleko, rosół, herbata) zmniejszała nieco bole. Chory żonaty, ma troje dzieci, żona nie roniła; kiły miał nie przebywać. Budowa prawidłowa, odżywienie mierne; ze strony serca i płuc zmian widocznych niema. Język czysty, wilgotny, brzuch nie wzdęty. Wątroba: górna granica prawidłowa, prawy brzeg wątroby nie wyczuwalny, lewy wystaje z pod łuku żebrowego na 2 poprzeczne palce; w linii sutkowej wyczuwa się guz wielkości jaja kurzego, twardy, spojony z wątrobą i ruchomy wraz z nią przy oddechu, guz przy dotyku dotkliwie bolesny. Śledziona powiększona (7. żebro), brzeg twardy i gruby. W moczu żadnych zmian nie znaleziono. Badanie krwi: Leukocytów 5,700, wielojądrzastych 76%, limfocytów 18%, eozynofilów 0,5%. Rozpoznanie wahało się między nowotworem wątroby i przewlekłem zapaleniem pęcherzyka żółciowego. Operacya 15/IV w chloroformowem uśpieniu, cięcie brzuszne Kehra; po otwarciu jamy brzusznej dostrzegłem guz wielkości dużego orzecha włoskiego w lewym płacie wątroby tuż u jej brzegu. Guz twardy, odgraniczony, barwy żółtej; drugi znacznie mniejszy guz takiejże barwy i zbitości. Żołądek, gruczoły, otrzewna nie zmienione. Ponieważ powstała myśl o kilaku, guz pozostawiono, a ścianę brzuszną zeszyto. Mikroskopowe badanie kawałka guza, wziętego podczas operacyi, wykazało przewlekłą sprawę zapalną, a badanie krwi metodą Wassermanna wykazało kiłę. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny; należy podkreślić ten fakt, że chory nazajutrz po operacyi doznał znacznej ulgi. Zaleciłem choremu wcierania szarej maści i jod wewnętrznie. Guz stopniowo zniknął i chory obecnie czuje się zupełnie dobrze.

b) **Gruźlica nerki.** H. T. 24 lat, zaszła w ciążę; 5/III 1911 położna wywołała poronienie. W tydzień po poronieniu chora odczuła bóle w dole brzucha, trwające 8 dni; potem bole w dole brzucha ustąpiły, a natomiast zjawiły się w bocznej prawej stronie brzucha; jednocześnie chora zaczęła miewać dreszcze i gorączkować. Chora prawidłowej budowy, zadowalniająco odżywiona, skóra i śluzówki bladawe. Ze strony płuc i serca żadnych zmian nie dostrzeżono. Przy badaniu brzucha wpada w oczy wypuklenie prawej strony brzucha. Przy obmacywaniu wyczuwa się guz wielkości główki dziecka, zajmujący prawie całą połowę jamy brzusznej. Guz twardy, mało ruchomy. Nad guzem wyczuwa się okrężnicę wstępującą, biegnącą w skośno poprzecznym kierunku względem guza. (Wątroba i śledziona nie wyczuwalne). W okolicy ślepej kiszki doznaje chora przy obmacywaniu nieznacznego bólu. Cystoskopia z cewnikowaniem moczowodów nie wykazała w moczu żadnych zmian; mocz z prawej i z lewej strony prawidłowy, w osadzie nieznaczna ilość białych ciałek krwi. Po wstrzyknięciu indygokarmimu pód skórę nastąpiło po 9 minutach zabarwienie moczu z obydwóch nerek: z lewej strony nieco słabiej, niż z prawej. Badanie ogólnego moczu: odczyn słabo-kwaśny, ciężar właściwy 1010; białka i cukru niema: w osadzie nabłonek płaski i kryształy kwasu moczowego i soli szczawianu wapnia. Znaczna ilość białych ciałek krwi. Olej rącznikowy, podany dla oczyszczenia jelit, wywołał tak silne bóle w brzuchu, że chora omdlała.

Ból w okolicy ślepej kiszki, fakt omdlenia po zażyciu oleju rącznikowego i ujemny wynik cewnikowania moczowodów skłonił mnie do zrobienia niewielkiego cięcia laparotomijnego w celu rozpoznania. — Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że guz leży pozaotrzewnie. Zaszyłem ścianę brzuszną i zrobiłem lędźwiowe Guyonowskie cięcie, aby dostać się do okolicy nerki. Nerkę znalazłem powiększoną i zespoloną dolnym biegunem z guzem wielkości pięści; przy oswobadzaniu nerki i oddzielaniu od guza ściana guza przerwała się, rozlała się znaczna ilość ropy. Guz więc okazał się ropniem z bardzo grubemi ścianami. Uwolniłem nerkę i zrobiłem nefrotomię; na przekroju w 3 miejscach w warstwie korowej znajdowały się 3 ogniska wielkości 15 kop. monety; ogniska były żółtej barwy, zbitości tkanki nerkowej; jedno z 3 ognisk mieściło się w dole nerki i łączyło się kanałem z guzem, spojonym z dolnym biegunem nerki. Ponieważ z zewnętrznej strony gruba otoczka ropnia łatwo się oddzielała od ściany miednicy, zacząłem oddzielać ją w celu zupełnego jej usunięcia; przy uwalnianiu z wewnętrzno-górnej strony ropnia zraniłem jelito, które przechodziło przez ten ropień, jelito zaszyłem, część otoczki ropnia wydaliłem, a część pozostawiłem. Łożysko nerki wytamponowałem. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Chora obecnie wyleczona, czuje się zupełnie dobrze.

Badanie mikroskopowe żółtych ognisk nerki gruźlicy nie wykazało; jedynie sprawę zapalną przewlekłą. Odczyn Wassermanna. Pomimo ujemnego wyniku badania mikroskopowego, należy jednak przyjąć w danym razie gruźlicę nerki z ropniem opadowym, ponieważ gruźlica daje niekiedy mikroskopowo obraz tylko zapalenia przewlekłego bez swoistych gruzełków. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Pietkiewicz zapytuje, czy pierwotna sprawa w drugim przypadku zaczęła się w nerce, czy w tkance okołonerkowej i odrazu przyjęła postać ropnia, gdyż jego zdaniem we wszystkich podobnych sprawach pierwotnem siedliskiem bywa nerka. Oprócz tego nie zdaje mowca sobie sprawy, jakim sposobem cystoskopia nie dała żadnych wyników, tem bardziej, że sam prelegent wspomina, iż różnica zabarwienia moczu indygokarminem była widoczna. — Kol. Kuligowski zapytuje, dlaczego kol. Pietkiewicz przypuszcza, że ropień był początkowo w nerce,

a potem dopiero przeszedł na tkankę okołonerkową. Przecież w nerce było tylko ognisko zapalne. — Kol. J. Makowski odpowiada, że różnica w zabarwieniu moczu indygokarminem była tak nieznaczna, że jakiegokolwiek znaczenia w danym przypadku przypisywać jej nie było można. — Kol. Cichocki zapytuje, czy nie można było przypuszczać, że zarazek dostał się drogą przyrośniętego jelita. — Kol. Modrzewski wyjaśnia, że Jurgelunas w swej dysertacyi, poświęconej wspomnianej sprawie, wyraźnie podkreśla, że tylko w nieprawidłowych warunkach, lub nieprawidłowa błona śluzowa jelita przepuszcza bakterye gruźlicze. By wywołać zakażenie, trzeba wprowadzić bardzo znaczne ilości hodowli prątków gruźliczych do jelita. Łatwiej, niż inne części jelit, przepuszcza laseczniki wyrostek robaczkowy i »sacculus rotundus« u królika. Ale są to właściwie te części jelit, gdzie budowa anatomiczna jest inną, niż w drugich odcinkach przewodu pokarmowego.

Sekretarz J. Hoffman.

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

I. Posiedzenie z dnia 12/25 stycznia 1911 r.

Obecnych 23 członków i 3 gości.

1) Kol. Globus przedstawia 20-letnią pannę, u której przed miesiącem stwierdzono wrzód stwardniały wargi górnej; gruczoły podszczękowe były z obu stron powiększone, twarde i niebolesne. Wstrzyknięto śródmięśniowo w alkalicznym rozczynie 0.55 **salwarsanu**. Tegoż dnia wieczorem ciepłota 37,5, tętno 80, ogólne osłabienie, nudności i częste wymioty. Nazajutrz: wrzód mocno krwawi, obrzękły; gruczoły bolesne. Po paru dniach krwawienie ustaje, ciepłota opada do poziomu prawidłowego, gruczoły znacznie mniejsze, nieco bolesne; w dalszym przebiegu wrzód szybko goi się, gruczoły prawie niewymacalne. W 10 dni po wstrzyknięciu salwarsanu — wymioty, ciepłota 39,8; trwa taki stan całą dobę; ciepłota spada do poziomu prawidłowego. Obecnie zaledwie można przypuszczać, że na górnej wardze był wrzód. Zasługuje na uwagę owo silne krwawienie z wrzodu, jako odczyn na salwarsan.

Dyskusya: Kol. Wolfson podaje krótki opis stosowania w 20 przypadkach przymiotu salwarsanu; w kilku z nich wkrótce wystąpiły nawroty. — Kol. Gierszun dowodzi, że pod względem częstości nawrotów salwarsan dorównuje rtęci; mówca przytacza 5 przypadków nawrotów po salwarsanie na ogólną ilość 40 przypadków spostrzeganych. — Kol. Wirszubski podkreśla, że salwarsan w leczeniu wiądu i porażenia postępowego zupełnie nie sprawdził pokładanych nadziei; lek ten nie jest w dodatku wolny od bardzo poważnych zarzutów; mówca przytacza przypadek z własnej praktyki, w którym nastąpił zapad; chory mężczyzna dobrze zbudowany po wstrzyknięciu salwarsanu leżał całe 2 godziny bez tętna, ledwo udało się go uratować.

II Posiedzenie z dnia 12/25 lutego 1911 r.

Obecnych 28 członków i 9 gości.

1) Kol. Globus przedstawia chorą, u której mimo energicznego leczenia preparatami rtęci i jodu wystąpiły owrzodzenia w gardle; owrzodzenia owe szybko ustąpiły po jednorazowem wstrzyknięciu **salwarsanu**. Na podstawie wielu swych spostrzeżeń kol. Globus twierdzi, że salwarsan jest świetnym i niezawodnym środkiem w leczeniu kiły.

W dyskusyi kol. Lewande zwraca uwagę na liczne w prasie niemieckiej publikacye o ujemnym wpływie salwarsanu na narządy słuchowe. — Kol. Gierszun dziwi się temu: pomimo bardzo częstego stosowania »606« na oddziale wenerycznym szpitala żydowskiego mówca nigdy nie spostrzegał owego ujemnego wpływu; owszem, w jednym przypadku wystąpiła nawet wybitna poprawa słuchu. — Kol. Maciański wskazuje na 3 przypadki w praktyce prof. Fingera nieuleczalnej głuchoty po salwarsanie i potwierdza, że w prasie lekarskiej co raz liczniej opisywane są przypadki ujemnego wpływu salwarsanu na narząd słuchowy. — Kol. Globus przypuszcza, że w podobnych przypadkach musiały być uprzednio cierpienia narządu słuchowego, lub też musiała istnieć szczególna wrażliwość na salwarsan.

2) Kol. Szatensztejn mówi **o wpływie wazotoniny na układ naczyniowy** i na ciśnienie krwi; na podstawie opisów autorów i spostrzeżeń z własnej praktyki prelegent gorąco poleca stosowanie wazotoniny.

W dyskusyi kol. Jabłonowski wątpi, czy udałoby się przez zastosowanie wazotoniny obniżyć ciśnienie krwi w sprawach ze stale wzmożonem ciśnieniem, a mianowicie w przewlekłem zapaleniu nerek. W przypadkach spostrzeganych przez prelegenta wahania ciśnienia krwi możliwe są bez stosowania leków wogóle; zjawiska przy dusznicy bolesnej (ang. pectoris) wcale nie są zależne, jak twierdzi prelegent, od wzmożonego ciśnienia, lecz od niedomogi sercowej. — Kol. Barchasz sądzi, że wazotonina jest środkiem tylko łagodzącym, zawdzięczającym swe działanie składowym częściom, johimbinie i uretanowi; prof. Krehl na zjeździe w Wiesbadenie ostrzegał przed stosowaniem wazotoniny.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam, Berlin-Buch (Deut. med. Woch.), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Woźniesieńskij prospekt 23, m. 10 (Russkij Wracz), Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18 (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX· Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński Kraków, Kopernika 40 (Centralblatt f. Chirurgie),; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47a) (Centralblatt f. Chirurgie, z prac, wydanych w Królestwie Polskiem); z neurologii: Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Peszt, »Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde«); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, (Monatschrift für Kinderheilkunde), Dr H. Rozenblatówna, Łódź, Szpital Anny-Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Prof. Dr Lewkowicz i Dr Wł. Bujak, Kraków, szpital św. Ludwika, (Monatsschrift f. Kinderheilk.); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekologiczno-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Hugo Ehrlich, Przemyśl (Zentralbl. f. Gynaek. i Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka 51, (Archiv für Ohrenheilkunde i Monatsschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngologie); z dermatologii: Prof. Dr Franciszek Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht [Würzburg], Archiv f. Dermatol. u. Sy-

philis). Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift, Dermatol. Centralblatt); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftałmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Nadzwyczajni profesorowie neurologii i psychiatryi Dr Jan Pilz w Krakowie i Dr Henryk Halban we Lwowie mianowani profesorami zwyczajnymi.

— Towarzystwo lekarskie lwowskie wybrało na rok 1912 prezesem Dr Skałkowskiego, zastępcą przew. Dr Ruffa, sekretarzem Dr Pańczyszyna, gospodarzem Prof. Renckiego, skarbnikiem doc. Czerneckiego, redaktorem »Tygodnika lekarskiego« doc. Nowickiego, przewodniczącym komisyi budowy domu Tow. Prof. Gluzińskiego, przewodniczącym komisyi przemysłowo-lekarskiej prym. Piska.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa JWP. Radcy Dworu Prof. Dr Wicherkiewiczowi serdeczne podziękowanie za książki ofiarowane Bibliotece.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 24. XII. do 30. XII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych —), ospy wietrznej 8, płonicy 15 † 1 (7 † 1), odry 17, duru brzusznego 6 † 2, róży 1, tężca 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Z różnych stron. Rówieśny »Przeglądowi lekarskiemu« tygodnik lekarski pobratymczego narodu, »Casopis lekaru ceskych«, upamiętnił swój 50-letni jubileusz zeszytem pamiątkowym, wydanym 30. grudnia b. r., jako Nr 53, a ozdobionym dwoma pięknymi światłodrukami z wizerunkami wszystkich redaktorów działających w ciągu półwiekowego okresu. Zeszyt pamiątkowy rozpoczyna się chronologicznym wykazem gron redaktorskich, i artykułem wstępnym czcigodnego Prof. Chodounskyego, kreślącym historyę pisma (o którego założeniu podaliśmy główne daty w Nr 1 z r. z.); zawiera zaś »wspomnienia«, nakreślone przez najstarszych redaktorów i współpracowników »Casopisu«, Prof. Maixnera, Prof. Janovskyego, Prof. Chodounskyego, dalej gorące słowo od redakcyi obecnej do następców i wreszcie bibliografię prac oryginalnych, drukowanych w »Casopisie« w ostatnich 15 latach.

Redaktorami »Casopisu« byli w pierwszem półwieczu: Dr Podlipsky, Eiselt, Ceyp, Stanek, Tomsa, Weiss, Janovsky, Maixner, Chodounsky, Mitvalsky, Prof. Reinsberg, doc. Pecirka, doc. Pesina, Wellner, doc. A. Vesely, Vlasák, Honzák, doc. Kose, a obecnie są redaktorami Prof. Kimla i Dr Semerád, który pracuje na tem stanowisku już od r. 1898. Większa część redaktorów »Casopisu« zajęła później katedy na czeskiej wszechnicy i zapisała się chlubnie w piśmiennictwie lekarsko-naukowem.

Na początku drugiego pięćdziesięciolecia składamy bratniemu pismu najszczersze życzenia jak najświetniejszego dalszego rozwoju.

— Związek prasy lekarskiej niemieckiej (Vereinigung der deutschen med. Fachpresse), obejmujący obecnie 120 czasopism, uchwalił na swem tegorocznem Walnem Zebraniu w Karlsruhe zasady, dotyczące udzielania osobnych odbitek z czasopism dla celów reklamowych (np. co do leków, narzędzi i t. p.). Postanowiono udzielać (np. fabrykom) takich odbitek tylko pod tym warunkiem, że odbitki muszą być dosłownym przedrukiem (bez opuszczeń lub dodatków) danego artykułu, że niewolno ich rozsyłać laikom, wreszcie, że niewolno ich bez osobnego pozwolenia autora używać do rozsyłki dłużej, niż do końca roku kalendarzowego. Dalej uchwalono nie przyjmować do druku artykułów tych autorów, którzy treść ich poprzednio podali do wiadomości przez prasę codzienną, oraz nie załączać do czasopism broszur tych autorów, którzy znajdują się na »liście autorów« (chodzi tu zapewne o listę tych, którzy piszą dla fabryk przekupne a kłamliwe artykuły). Przewodniczącym Związku obrano redaktora »Deutsche med. Wochenschrift« Prof. Schwalbego, zastępcą Prof. Posnera.

— Kilkodniowe wędrówki słabych dzieci szkolnych (neurastenia, niedokrwistość, blednica i t. p.) w wieku 12—14 lat, zachwala bardzo Roeder z Berlina, o ile dzieci mają przytem dobre warunki, jak noclegi, odpowiednie ubrania i pożywienie i nie zanadto się męczą. Klęsk.

— W ludowych szkołach Monachium od 1. XI. b. r. rozdaje się biednym dzieciom ciepłe śniadanie, t. j. mleko i chleb, ew. także i obiady. Klęsk.

— Przy krajowej Radzie szkolnej dolnoaustryackiej utworzono centralną Komisyę dla ćwiczeń cielesnych dla młodzieży szkolnej. W tych dniach odbyła ona posiedzenie celem omówienia sportów zimowych t. j. odpowiednich placów, udogodnień komunikacyjnych dla młodzieży po za miasto i t. p. Komisya ta ma także sekcyę gimnastyki, atletyki i zabaw ruchowych. Może by i u nas mogła powstać podobna instytucya? Klęsk.

— Dla mającej powstać instytucyi lekarzy szkolnych szkół średnich w Monachium radca dworu Dr Crämer opracował instrukcyę, bardzo podobną do naszkicowanej u nas w Krakowie: 1) Lekarze szkolni mają pełnić swe obowiązki jako zajęcie uboczne (Nebenamt). 2) Na lekarza wypada najwyżej 1000 uczniów. 3) Dzieci przy wstępowaniu do szkoły przynoszą kwestyonaryusz, wypełniony przez rodziców i arkusz zdrowia, wypełniony przez lekarza domowego, lub gdy go niema, przez lekarza szkolnego. 4) Tenże bada szczegółowo dzieci wstępujące i występujące ze szkoły, inne w razie potrzeby. 5) Do lekarza szkolnego nie należą wizyty po domach i leczenie dzieci w szkole z wyjątkiem nagłych wypadków. 6) Lekarze mają od czasu do czasu odczyty z dziedziny higieny, w oznaczonej godzinie w szkole informują rodziców i t. p. Klęsk.

— Wiedeńska Izba lekarska postanowiła poczynić kroki u kollegium profesorów, by w klinikach nie mianowano mnóstwa asystentów bezpłatnych, co stanowi szkodę dla lekarzy praktycznych, a do podniesienia poziomu nauki się nie przyczynia. X.

— Wiedeński lekarski klub automobilowy wystosował protest przeciwko zamierzonemu opodatkowaniu wozów, uzasadniając to tem, że wozy lekarskie służą do celów humanitarnych. X.

— Zwłoki ludzi zmarłych na dżumę zawierają podług Szurupowa jeszcze po roku żywotne drobnoustroje i bywają źródłem zakażenia. Dlatego należy zwłoki palić lub zalewać silnym kwasem siarkowym. K.

— Międzynarodowa wystawa higieny społecznej w Rzymie (1912) obejmie następujące działy: historyczny, kryminologiczny, policyjny, antropologiczny, psychiatryczny, szkolny, prostytucya, opieka nad ślepymi, dentystyka szkolna, opieka nad niemowlętami, dobroczynność i t. p. K.

— Podług Desgresa i Cainsa puszki z konserwami ryb i raków po otworzeniu powinny być zużyte najdalej w dwa dni, albowiem potem wywiązują się w nich w dużej ilości bardzo trujące ptomainy. X.

— W Hamburgu czynią energiczne starania celem założenia uniwersytetu, zwłaszcza zaś wydziału lekarskiego. Zawiązkiem tego jest już istniejący tamże instytut kolonialny, mający dzielnych profesorów, ale bardzo mało słuchaczy, bo półrocza tam spędzone nie liczą się do absolutoryum. X.

— Towarzystwo Czerwonego Krzyża ogłosiło, że jego oznaka (czerwony krzyż w białem polu) nie może być nadal bezprawnie używana przez fabryki, droguerye, apteki i t. p. pod karą do 500 koron. Etykiet i opakowań z tą marką używać wolno za zezwoleniem tylko jeszcze do 27 września 1913, poczem mają być zniszczone. Klęsk.

— Przy rewizyi aptek w Łodzi wykryto, jak podają dzienniki w 16 aptekach i 17 składach aptecznych wielkie nieporządki, zwłaszcza niedokładne a nawet fałszywe wagi i ciężarki. X.

— Uzyskaną ze sprzedaży kwiatów kwotę 240.000 franków przeznaczyła królowa belgijska na budowę sanatoryum w Leopoldsville i najlepszą pracę nad śpiączką afrykańską. X.

— W sprawie przeszkód fizycznych w zawarciu małżeństw wydał Wydział lekarski w Chrystyanii opinię następującą: Granicą wieku najniższą powinno być: 20 lat u mężczyzny, a 18 u kobiety; mogą zawierać małżeństwa ewentualnie: wuj z siostrzenicą, a ciotka z siostrzeńcem; padaczka i alkoholizm nie mogą stanowić przeszkody prawnej, podobnie uleczona kiła i trąd; przeszkodą nie może też być prawnie gruźlica, wrodzona głuchoniemota i niezdolność płciowa. X.

— O organizacyi sanitarnej Moskwy pisze Dworetzky w monachijskim tygodniku lekarskim:

Służbę sanitarną spełnia 20 lekarzy okręgowych, mających podobne obowiązki, jak i u nas. O ważnych sprawach decydują różne komisye: lekarzy sanitarnych, poliklinicznych, szpitalnych, położników (z przytułków), psychiatrów, szkolnych, weterynarzy i t. p.

Lekarzy szkolnych jest 18 (na 320 szkół i 54.000 dzieci!) o instrukcyi podobnej do naszej. Prócz tego jest czynnych 5 szkolnych ambulatoryów, gdzie także ordynują specyaliści dla oka, ucha, gardła i zębów.

Dalej ma Moskwa stacyę higieniczną, zakład odkażający, 19 szpitali, 2 prowizoryczne szpitale, zakłady dla nieuleczalnych, 14 poliklinik, 6 nocnych przytułków, 4 większe i 6 mniejszych domów dla porodów. Co do higieny i dbania o mieszkania, to prócz wizytacyi na uwagę zasługują t. zw. tanie domy fundacyi Sołodownikowa, gdzie za 4—5 rubli miesięcznie otrzymuje się pokój z opałem i oświetleniem.

W Moskwie istnieje 29 biur dla opieki nad ubogimi, z których korzysta 20.000 osób rocznie. Budżet sanitarny miasta (razem z kanalizacyą, wodociągami, rzeźnią) wynosi rocznie 10 milionów rubli, t. j. 30% ogólnych wydatków. Kapitał żelazny dla biednych wynosi 800.000 rubli, na zapomogi zaś daje miasto rocznie 140.000 rubli, prócz tego składki dobrowolne, koncerty, przedstawienia, odsetki i t. p. X.

Mianowani: starszymi lekarzami powiatowymi w służbie rządowej w Galicyi Dr W. Szczepański, W. Pohorecki, H. Nycz, F. Stokłosiński, S. Karpiński, F. Żukotyński, J. Bory, C. Hiżycki, T. Milewski, E. Piotrowski, L. Fuchs, A. Biesiadzki, K. Gołębiowski, K. Mieroszewski, a starszy lek. pow. Dr W. Nycz posunięty do VII. rangi;

Prof. Courmont profesorem patologii doświadczalnej w Lyonie, Dr Bruntz profesorem farmakologii w Nancy, Dr De Giacomo profesorem nauki o nieszczęśliwych wypadkach w Neapolu, doc. Uskoff profesorem patologii i terapii szczegółowej w Odessie, doc. Bołdyrew profesorem farmakologii w Kazaniu.

Zmarli:

†

Dr Edmund Biernacki

nadzw. profesor patologii ogólnej w Uniwersytecie lwowskim, w 46 r. ż. we Lwowie.

Życiorys pomieścimy w jednym z następnych zeszytów.

Dr Bazyli Śmigielski w Nizzy, Dr Tytus Turski w 38. r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: S. Grosglik: 1) Przypadek ciąży zamacicznej z zatrzymaniem płodu przez lat 30 i przebiciem się tegoż do pęcherza moczowego. »Przegląd chir. i ginek.«. 2) Przyczynek do patologii i leczenia chirurgicznego niedomogi pęcherza na tle zaniku sterczu. »Med. i Kron. lek.« 1911.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1911.

Gazeta lekarska Nr 49—52. Pruszyński: Ś. p. Stanisław Markiewicz (49). — Kozłowski: Przyczynek do przemiany materyi w epilepsyi (49—50). — Bernhardt (c. d. 49—50). — Gepner: O komórkach pałeczkowatych w układzie nerwowym ośrodkowym (50). — Grek: Wpływ przecięcia i drażnienia nerwu trzewnego na wydzielanie się chlorków przez nerki oraz spostrzeżenie o zjawieniu się glikozuryi przy drażnieniu nerwu trzewnego (51—52). — Karbowski: Przyczynek do patologii rozszerzenia zatoki czołowej (51—52). — Szpanbok: Przyczynek do metodyki światłoleczniczej (52).

Medycyna i Kronika lek. Nr 48—52. Dobrzycki: Ś. p. Stanisław Markiewicz (48). — Goldflam: O losie osobników z brakiem odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych (48—51). — Biehler (dok. 48). — Rechniowski (dok. 48—50). — Ostrowski: Morfologia krwi w krzywicy (49—51). — Leśniowski: W sprawie zdrowotności okolic podmiejskich (50). — Higier: Zapalenie nerwu wzrokowego pozagałkowe starcze (52).

Tygodnik lek. Nr 48—52. Sołowij: O bezkrwawem rozszerzaniu szyi macicy zapomocą metreuryzy (48). — Rosenhauch (dok. 48). — Leńko: Wrażenia z podróży naukowej (48—51). — Kośmiński: O bezkrwawem rozszerzaniu szyi macicy podczas porodu i poronienia (49—51). — Sochański: Badania nad zachowaniem się stopnia kwasoty moczu po podaniu alkaliów u ludzi zdrowych i chorych (49—52). — Skórczewski i I. Sohn: O kilku charakterystycznych odczynach w moczu po podaniu atofanu (49).

Nowiny lekarskie Nr 12. Herman (dok.). — Gliński (dok.).

Neurologia polska. Tom II. Z 3. E. Flatau i W. Sterling: Postępujący torsyjny kurcz u dzieci. — Zylberlastówna: O zaburzeniach psychicznych w surowiczem zapaleniu opon mózgowych.

Pamiętnik Tow. lek. warsz. Z. III. Steinhaus (dok.). — Osiński (c. d.).

Postęp okulistyczny Nr 10. Ziemiński: Badanie czynności oka przy zupełnem zaćmieniu jego środków łamiących światło.— Reis: O plamach barwikowych w bliznowatej spojówce powieki górnej przy jaglicy.

Kronika dentystyczna Nr 12: Zawidzki (c. d.).

Zdrowie Z. 12. Chodecki: Jak należy urządzić życie codzienne, aby długo pozostać zdrowym i zdolnym do pracy. — Brušnicki: O kąpielach ludowych w gub. Kaliskiej.

Przegląd higieniczny Nr 12. Wiczkowski: Stan sprawy zwalczania gruźlicy we Lwowie i w Galicyi wschodniej.

Głos lekarzy Nr 23—24. Mikołajski: 1) W obronie starszych lekarzy prowincyonalnych. 2) Ubezpieczenie społeczne. 3) Wojskowa procedura karna ze stanowiska interesów lekarzy. 4) Przypomnienie. 5) Schroniska dla lekarzy w krajowych zdrojowiskach. — Nowy projekt rządowy w sprawie techników dentystycznych. — Centralne archiwum społeczno-lekarskie. — Ustawa o ubezpieczeniu społecznem. — Starania o poprawę bytu lekarzy szpitalnych. — Piasecki (dok.).

Słowo lekarskie Nr 23—24. Numerus clausus? — Ubezpieczenie społeczne. — Spostrzeżenia z praktyki kasowej. — Ciechanowski (dok.). — XVII. Wiec Izb lekarskich austryackich. — Lekarze szkolni w Krakowie. — Zaprzańcy. — Z praktyki lekarskiej kolejowej. — Pięćdziesięciolecie Stowarzyszenia austr. lekarzy-dentystów. — Ziemowit przejrzał! — Żydłowicz: Fundusz imienia ś. p. Henryka Jordana. — O centralnem austryackiem archiwum społeczno-lekarskiem. — Do czego to dochodzi? — Poprawa bytu lekarzy szpitalnych w Krakowie i Lwowie.

Nasze Zdroje Nr 25—26. Nowe widnokręgi. — Galicyjski Zakład kredytowy kraj. Związku zdrojowisk i uzdrowisk. — Uwagi i wskazania posezonowe. — Teodorowicz: Z wycieczki po sąsiednich zdrojowiskach. — Nowy krok naprzód. — Marchlewski: Nowsze rozbiory wód mineralnych galicyjskich. — Praschil: Określenie pojęcia wody mineralnej. Uwagi i wskazania posezonowe. — B. Sanatoryum ludowe w Hołosku Wielkiem. — Piller: Ruch pociągów kolejowych a zdrojowiska. — J. B.: Z galicyjskiego placu boju. — Gł. N.: Myślenice jako stacya klimatyczna.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 10. stycznia 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Sprawozdanie Zarządu z czynności za rok 1911.